



बाट यसमा पुरा गरेको फारम फिर्ता गर्नुहोस्: **JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL**
 Jefferson County Public Schools,
 Health Services Department, LAM Building
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
 Telephone # (502) 485-3387
 Fax # (502) 485-3670

स्कूल स्वास्थ्य योजना
श्वासप्रश्वास

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

5367315987

कृपया सफासंग प्रिन्ट गर्नुहोस्।

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरू 1 - 11			
1) विद्यार्थी आईडी #	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम	4) जन्म मिति
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) स्कूल	6) ग्रेड		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी			
7) नाम	8) फोन नम्बर	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, जिल्ला	
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>	
10) आपतकालीन सम्पर्क	() -		
11) अभिभावक / संरक्षकलाई नोट: यो फारममा हस्ताक्षर गर्दा जेफर्सन काउन्टी बोर्ड अफ एजुकेशन र यसका कर्मचारीहरूलाई कुनै पनि प्रकृतिको दायित्वबाट मुक्त गर्नेछ जुन यस कार्य योजनाको परिणाम स्वरूप हुन सक्छ। यस फारमले स्कूल वा यसका कर्मचारीहरू स्वयमः को लापरबाहीको दायित्व हटाउने छैन। साथै, म यस स्वास्थ्य शर्तको बारेमा JCPS कर्मचारीसँग जानकारी आदान प्रदान गर्न स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई यो फारम पुरा गर्न र हस्ताक्षर गर्न अनुमति दिन्छु। म निश्चित गर्दछु र स्वीकार गर्दछु, जब म मेरो बच्चालाई स्कूल प्रायोजित क्षेत्र भ्रमणमा भाग लिन अनुमति गर्दछु, यी औषधीहरू र / वा स्वास्थ्य सेवाहरू पनि इजाजतपत्र प्राप्त स्वयम सेवकद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ। अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्टन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर <input checked="" type="checkbox"/> टेलिफोन नम्बर () - मिति			
भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरू 12 - 17			
12) निदान:		***लेटेक्स एलर्जी / संवेदनशीलता: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन	
13) ट्रेकियोस्टोमी सक्शनिंग/रिफ्लेसमेंट ट्रेकियोस्टोमी ट्यूबको प्रकार र आकार: _____ सक्शन फ्रिक्वेंसी (एडटालाई चेक गर्नुस र भर्नुहोस): <input type="checkbox"/> हरेक घण्टा <input type="checkbox"/> आवश्यकताको आधारमा संकेतहरू र लक्षणहरू निम्नानुसार छन्: <input type="checkbox"/> घाउ भइरहेको छ <input type="checkbox"/> लगातार खोकी <input type="checkbox"/> गार्गल गर्नु <input type="checkbox"/> विद्यार्थीको अनुरोधमा <input type="checkbox"/> अन्य (निश्चित गर्नु): _____ सक्शनिंग निर्देशनहरू: (स्लाईन र क्याथेटरहरू आपूर्ति गर्नको लागि अभिभावक / संरक्षक) <input type="checkbox"/> क्याथेटरलाई भित्र छिराउनुहोस्: <input type="checkbox"/> आवश्यकताको आधारमा संकेतहरू र लक्षणहरू निम्नानुसार छन्: <input type="checkbox"/> अन्य (निश्चित गर्नु): _____ यदि स्कूलको दिन ट्रेकीओस्टोमी ट्यूब बिच्छेद भयो भने, के तालिम प्राप्त स्कूल कर्मचारीहरूले यसलाई प्रतिस्थापन गर्न सक्दछन्? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
14) भेंटिलर उपकरण कम्पनी / फोन नम्बर: _____ भेंटिलेटरको प्रकार: _____ भेंटिलेटर सेटिंग्स: _____ के विद्यार्थीलाई स्कूलमा भेंटिलेटर चाहिन्छ? <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन विद्यार्थीलाई भेंटिलेटर चाहिन्छ: <input type="checkbox"/> निरन्तररूपमा <input type="checkbox"/> दिउसोको सुताईको समयमा / सुताई मात्र <input type="checkbox"/> अन्य: _____ भेंटिलेटरका लागि निर्दिष्ट निर्देशनहरू (जस्तै, संकेतहरू र लक्षणहरू जब दिउसोको सुताईको समयमा / सुतिरहेको बेलामा लिने आदि): _____ थप स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको टिप्पणीहरू: _____			
15) अक्सिजन आपूर्ति अक्सिजन विक्रेता / फोन नम्बर: _____ लिटर प्रति मिनेट: <input type="checkbox"/> नाक क्यान्युला <input type="checkbox"/> मास्क <input type="checkbox"/> ट्रेकियोस्टोमी कोलर		प्रयोगको लागि समय: <input type="checkbox"/> निरन्तर <input type="checkbox"/> निदाउँदा / दिउसोको सुताई <input type="checkbox"/> श्वासप्रश्वासको समस्या <input type="checkbox"/> अन्य (निश्चित गर्नु): _____	
16) पल्स अक्सिमिटर यदि बच्चाले नियमित रूपमा घरमा अक्सिजन स्याचुरेसन मोनिटरिङ प्राप्त गर्दछ भने मात्र पल्स अक्सिमिटरको प्रयोगलाई प्रोत्साहन गरिन्छ। (अभिभावक / संरक्षकले स्कूलमा प्रयोगको लागि आवश्यक उपकरणहरू प्रदान गर्न।) विद्यार्थीको सामान्य आधारभूत अक्सिजन स्याचुरेसन _____% (प्रतिशत) छ कृपया संकेत दिनुहोस् जब विद्यार्थीसँग पल्स ऑक्सीमीटरको साथ जाँच गरी अक्सिजन स्याचुरेसन हुनुपर्दछ। (यदि PRN विशिष्ट दिशानिर्देश गर्दछ भने लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्।): <input type="checkbox"/> पहिले / पछी श्वासप्रश्वासको उपचारहरू <input type="checkbox"/> श्वासप्रश्वासको समस्याको लक्षण <input type="checkbox"/> अन्य (निश्चित गर्नु): _____ <input type="checkbox"/> यदि स्याचुरेसन _____% मुनि छन् भने अक्सिजन _____ लिटर / मिनेटमा शुरू गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> यदि स्याचुरेसन _____% र _____% को बिचमा छ भने अभिभावकलाई कल गर्नुहोस्। <input type="checkbox"/> यदि स्याचुरेसन _____% भन्दा कम छ भने, कल गर्नुहोस् EMS (911)			
17) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक जानकारी फारम अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र अभिभावक / संरक्षकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर <input checked="" type="checkbox"/> मिति _____ स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम _____ चिकित्सा कार्यालयको छाप (प्रशोधनको लागि आवश्यक) _____			