



बाट यसमा पूरा 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) 485-3387

स्कूल स्वास्थ्य योजना
 कम्पन

कृपया सफासँग प्रिन्ट गर्नुहोस्।

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस

3156559666

भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरु 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"/>	<input type="text"/>
10) आपतकालीन सम्पर्क	() - <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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 प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ

अभिभावक / संरक्षक हस्ताक्षर

टेलिफोन नम्बर

मिति

भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरु 12 - 15

12) **कम्पन सम्बन्धि जानकारी**

कम्पनको प्रकार	लम्बाइ	फ्रिक्वेन्सी	बिबरण
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

कम्पन ट्रिगर / चेतावनी चिन्ह: कम्पन पछि विद्यार्थीको प्रतिक्रिया:

13) **आधारभूत प्राथमिक सहायता: स्याहार र सहज**

<ul style="list-style-type: none"> शान्त रहनुहोस् र समय दूयाक गर्नुहोस् विद्यार्थी सुरक्षित राख्नुहोस् (टाउको रक्षा गर्नुहोस्, हावाको आगमन खुला राख्नुहोस् / सास फेरेको हेर्नुहोस्, उता फर्कनुहोस्) कुनै चीज रोक्नुहोस् वा मुखमा नराख्नुहोस् पूर्ण होस् नआउदासम्म विद्यार्थीको साथमा बस्नुहोस् कागजात कम्पन खोजीहरू 	<p>कम्पन सामान्यतया आपतकालिन मानिन्छ जब:</p> <ul style="list-style-type: none"> हानिकारक (टॉनिक-क्लोनिक) कम्पन 5 मिनेट भन्दा लामो हुन्छ विद्यार्थीले चेतना फेरि प्राप्त नगरी कम्पन दोहोर्याएका विद्यार्थी घाइते छन् वा उनीहरूलाई मधुमेह छ विद्यार्थीको पहिलो पटक कम्पन भएको छ 	<p>आपतकालीन प्रोटोकल:</p> <ul style="list-style-type: none"> समय कम्पन यदि माथि छ भने भुईकोलाई विद्यार्थीलाई सजीलो हुन्छ; यदि व्हीलचेयर, सुरक्षित कुर्सी र टाउको सुरक्षित छ भने खतराहरू हटाउनुहोस्। छेउमा राख्नुहोस् यदि योजनाको आधारमा आदेश दिएमा, आपतकालीन औषधिहरू/ उपचारहरू प्रयोग गर्नुहोस् प्राथमिक-सहायता / CPR स्टाफलाई कल गर्नुहोस् र 911 मा कल गर्नुहोस् यदि 5 मिनेट भन्दा बढी भएमा वा आपतकालीन औषधिहरू प्रयोग गरिएको छ भने
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14) **स्कूल समयको लागि उपचार प्रोटोकल (दैनिक र आपतकालीन औषधि समावेश)**

ER मेड.	औषधि	दिनमा दिएको खुराक र समय	साझा साइड इफेक्टहरू र विशेष निर्देशनहरू
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

के विद्यार्थीसँग VNS छ (Vagus Nerve Stimulator)? यदि छ भने, तलको म्याग्नेट प्रयोग गरि वर्णन गर्नुहोस्:

हो होईन

15) **स्वास्थ्य सेवा प्रदायक जानकारी** फारम अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र अभिभावक / संरक्षकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर	मिति	चिकित्सा कार्यालयको छाप (प्रशोधनको लागि आवश्यक)
<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम		
<input type="text"/>		