



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

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

स्कूल स्वास्थ्य योजना
मधुमेह

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

1719111214

कृपया सफासँग प्रिन्ट गर्नुहोस्।

भाग A अभिभावक/संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरू 1 – 11

1) विद्यार्थी आईडी # <input type="text"/>	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम <input type="text"/>	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम <input type="text"/>	4) जन्म मिति <input type="text"/>
5) स्कूल <input type="text"/>	6) ग्रेड <input type="text"/>		

अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी

7) नाम <input type="text"/>	8) फोन नम्बर () - <input type="text"/>	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, जिल्ला <input type="text"/>
10) आपतकालीन सम्पर्क <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 लापरवाहीको 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 X	टेलिफोन नम्बर () - <input type="text"/>	मिति <input type="text"/>
---------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------

भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गर्नुहोस्: पुरा गरेको बस्तुहरू 12 – 19

12) मधुमेह निदान टाइप 1 टाइप 2

13) इन्सुलिन प्रशासन
 * इन्सुलिनको प्रकार द्रुत-कार्य (हुमालाग, नोभोलोग, अग्रिडा) लामो-कार्य (ल्यान्टस / बासाग्लर, लेमिमर) अन्य _____
 * इन्सुलिन डेलिभरी सुई कलम पम्प अन्य _____

14) CGM को उपयोग: हो होईन

15) न्यून रगतमा ग्लूकोज: 70/80 मिलीग्राम/डीएल भन्दा तल
 * लक्षणहरू भोक कमजोर/अस्थिर/फिक्का टाउको दुखाई बेवास्ता / भ्रम रिंगटा
 वाकवाकी / भोक नलाग्ने अस्पष्ट बोली कम्पन पसिना बग्नु प्रतिक्रिया बिहिन धमिलो दृष्टि
 अन्य (निश्चित गर्नु):

16) उच्च रक्त ग्लूकोज: _____ मिलीग्राम/डीएल भन्दा माथि
 * लक्षणहरू तिर्खा/पिसाब बढ्नु थकित/सुस्त तातो/सुख्खा/फल्यास छाला धमिलो दृष्टि
 पेट दुखाई/वाकवाकी/बान्ता गनाउने सास कमजोरी/मांसपेशिमा दुखाई
 अन्य (निश्चित गर्नु):

17) स्वतन्त्रताको स्तर: स्वतन्त्र पर्यवेक्षण मात्र सहयोग

18) इन्सुलिन मात्रा:
 * रगत ग्लूकोजको लक्ष्य: _____ देखि _____
 सुधार गरिएको मात्रा फर्मूला:
 यदि बिजी > _____ मिलीग्राम/डीएल, दिनुहोस् _____ एकाई प्रति _____ मिलीग्राम/डीएल > _____ मिलीग्राम/डीएल
 कीटोन सप्लीमेंट फर्मूला
 * रगत ग्लूकोज > 200 मिलीग्राम/डीएल x2 एपिसोड वा विद्यार्थी बिरामी हुँदा केटोन्स जाँच गर्नुहोस्, प्रत्येक 4 घण्टा भन्दा धेरै पटक केटोन्सको लागि सही नगर्नुहोस्।
 निम्न रूपमा थप इन्सुलिन दिनुहोस्: सानो = _____ एकाईहरू, आधुनिक = _____, ठुलो = _____
 कार्बोहाइड्रेट मात्राहरू: खाना खानु भन्दा पहिले खाना पछि

बिहानको खाना	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम
बिहानको खाजा	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम
भोजन	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम
दिउँसो खाजा	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम
PE/गतिविधि	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम
खारेज	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम
अन्य/आवश्यकता अनुसार	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम

* राउन्ड को लागि: पुरा एकाई आधा एकाई
 * उच्च रक्त ग्लूकोजको लागि ठिक गर्नुहोस्, यदि > अन्तिम बोलस पछि 3 घण्टा

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

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