



दवाओं के लिए दवा प्रशासन योजना

विद्यार्थी का नाम: _____ जन्मतिथि: _____ स्कूल: _____ ग्रेड: _____ वर्ष: _____

इसे डॉक्टर द्वारा भरा जाना है (इस फॉर्म के साथ ऑर्डर भी लगाया जा सकता है)

दवा का नाम: _____ ऑर्डर की तारीख: _____ ऑर्डर की अवधि: _____
 खुराक: _____ आवृत्ति: _____ रूट: _____ दवा लेने का समय: _____ इस
 प्रिस्क्रिप्शन से जुड़ी बीमारी/स्थिति: _____
 खाने-पीने की चीजों या दवाओं से ज्ञात एलर्जी: _____ खास तरह
 से स्टोर करने के निर्देश: _____ साइड
 इफेक्ट/ ज़रूरत पड़ने पर निगरानी की ज़रूरतें: _____ खाने-पीने
 की चीजों या दवाओं से ज्ञात एलर्जी: _____
 छात्र द्वारा ली जा रही अन्य दवाएं: _____ (अगर गोपनीयता का उल्लंघन न हो)
 डॉक्टर का नाम (प्रिंट करें): _____ डॉक्टर का फोन नंबर: _____
 डॉक्टर के हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

माता-पिता/अभिभावक द्वारा भरा जाना है

माता-पिता/अभिभावक अनुमतियाँ:

____ हाँ ____ नहीं मैं स्कूल नर्स को अपने बच्चे को यह दवा देने की अनुमति देता/देती हूँ।

____ हाँ ____ नहीं आधे दिन की क्लास के दौरान भी, मैं चाहता/चाहती हूँ कि मेरा बच्चा अपनी दवा तय समय पर ले।

मैं मानता/मानती हूँ कि मुझे Lexington Public School की पूरी दवा नीति देखने की सलाह दी गई है, जो lexingtonma.org पर भी उपलब्ध है।

मुख्य बातें

इस प्रकार हैं:

- मैं स्कूल नर्स या उनके द्वारा नियुक्त व्यक्ति को अपने बच्चे को यह दवा देने की अनुमति देता/देती हूँ
- एक्सपायरी डेट न निकली हुई दवा, किसी वयस्क द्वारा मूल फार्मसी-लेबल वाले कंटेनर में ही स्कूल पहुँचाई जानी चाहिए
- स्कूल नर्स इस दवा के आदेश के बारे में स्पष्टीकरण के लिए आपके बच्चे के डॉक्टर से सलाह ले सकती हैं
- जब स्कूल में इस दवा की जरूरत न रहे, तो इसे वापस ले जाना माता-पिता/अभिभावक की ज़िम्मेदारी है

फील्ड ट्रिप (शैक्षिक भ्रमण) की योजना: जब फील्ड ट्रिप होगी, तो यह दवा या तो:

- राज्य के नियमों के अनुसार, नर्स की मंजूरी से छात्र खुद लेगा/लेगी या
- नर्स और/या नियुक्त बिना लाइसेंस वाले प्रशिक्षित स्कूल कर्मचारी (UAP) द्वारा दी जाएगी।
 - UAP दवा से होने वाली किसी भी प्रतिकूल प्रतिक्रिया (रिएक्शन) की सूचना तुरंत माता-पिता/अभिभावक को देगा/देगी और जरूरत पड़ने पर EMS (आपातकालीन चिकित्सा सेवा) को बुलाएगा/बुलाएगी। UAP ऑन-कॉल स्कूल नर्स को सूचित करेगा/करेगी।

माता/अभिभावक का प्रिंट किया नाम: _____ फोन नम्बर : _____

माता-पिता/अभिभावक हस्ताक्षर: _____ तारीख: _____

आपात स्थिति संपर्क (यदि माता/पिता उपलब्ध न हो): _____ फोन नम्बर : _____

दवा के प्रशासन की योजना: स्कूल नर्स द्वारा भरा जाना है

खुद दवा लेने की क्षमता का फॉर्म पूरा हो गया है: ____ हाँ ____ नहीं दवा देने की जिम्मेदारी सौंपने के मामले में, अगर लागू हो, तो अतिरिक्त फॉर्म देखें।

नर्स के हस्ताक्षर

तारीख: