

بالٹی مور کاؤنٹی پبلک سکول
دفتر برائے طبی خدمات

رضامندی برائے منظور شدہ اختیاری علاج کی فراہمی اور
طبی رابطہ کی معلومات

نام طالب علم: _____ تاریخ پیدائش: _____

سکول: _____ گریڈ/معلم: _____

الرجی (بشمول الرجی کا علاج): _____

ان تمام ادویات کا نام درج کریں جو آپکا بچہ باقاعدگی سے لیتا ہے: _____

طبی/صحت سے متعلق مسائل: ان سب پر نشان لگائیں جو لاگو ہوتے ہیں

- درد شقیقہ دل کے مسائل ذیابیطس خون کے بہاؤ اے ڈی ایچ ڈی دمہ
- بصارت (عینک کا استعمال) دورے دیگر (بیان کریں) _____

میں چاہتا/چاہتی ہوں کہ میرے بچے کو درج ذیل ادویات فراہم کی جائیں: (برائے کرم نشان لگائیں)

سر درد، بخار، جلن، کان میں درد، پٹھوں میں درد، درد، حیض کا درد

پیٹ خراب ہونے کے لیے

Ibuprofen (جیسے Advil) _____
12 سال اور زائد عمر کے / حیض کے درد میں 9 سال عمر (

Acetaminophen (جیسے Tylenol) _____

Antacid گولیاں _____
(جیسے Tums)

الرجی کے ری ایکشن کے لیے
Diphenhydramine (جیسے Benadryl)

کھانسی/ گلے کے زخم کے لیے
کھانسی کے قطرے

الرجی کی وجہ سے خارش
Zinc Oxide

میں نہیں چاہتا / چاہتی کہ میرے بچے کو سکول میں کوئی دوائی دی جائے

رابطہ کی معلومات

والدین/سرپرست 1 کا نام: _____ والدین/سرپرست 2 کا نام: _____
والدین/سرپرست 1 کے گھر کا ٹیلیفون: _____ والدین/سرپرست 2 کے گھر کا ٹیلیفون _____
والدین/سرپرست 1 کا موبائل نمبر: _____ والدین/سرپرست 2 کا موبائل نمبر _____
والدین/سرپرست 1 کے دفتر کا ٹیلیفون: _____ والدین/سرپرست 2 کے دفتر کا ٹیلیفون _____
والدین/سرپرست 1 کا ای میل: _____ والدین/سرپرست 2 کا ای میل _____
والدین/سرپرست کے گھر کا پتہ: _____

والدین کے علاوہ جن افراد کے ساتھ بچے کو بھیجا جاسکتا ہے:

نام: _____ ٹیلیفون نمبر: _____
نام: _____ ٹیلیفون نمبر: _____

میں اس بات کو سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ درج بالا ادویات جن پر میں نے نشان لگایا ہے رجسٹرڈ نرس/سکول نرس ان قواعد کے مطابق جو بالٹی مور کاؤنٹی ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ کے چیف فزیشن آف سکول ہیلتھ سروسز اور بالٹی مور کاؤنٹی پبلک سکولز کے لیے کورڈینیٹر آف ہیلتھ سروسز نے بنائے ہیں کے مطابق دی جائیگی۔ میں یہ بھی سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ ادویات کے مساوی ادویات بھی استعمال کی جاسکتی ہیں۔ میں اپنے دستخط کے ذریعے اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ میرے بچے کو درج بالا افراد سے ساتھ چھوڑا جاسکتا ہے۔

تاریخ

والدین/سرپرست/اہل طالب علم کا دستخط

بالٹی مور کاؤنٹی کا محکمہ صحت
Baltimore, Maryland 21212

بالٹی مور کاؤنٹی پبلک سکول
Towson, Maryland 21204

سالانہ رضامندی برائے منظور شدہ اختیاری علاج کی فراہمی اور
طبی رابطہ کی معلومات

محترم والدین یا سرپرست:

اس خط کی پچھلی طرف ایک فارم ہے جو سکول نرس کو آپ کے بچے کے متعلق تازہ ترین طبی معلومات فراہم کرتا ہے، ان افراد کی فہرست جن کے ساتھ بچے کی بیماری یا زخمی ہونے کی صورت میں رابطہ کیا جاسکتا ہے اور ایک سیکشن جس میں آپ رضامندی ظاہر کرتے ہیں کہ آپ کے بچے کو کچھ غیر تشخیص شدہ ادویات، جو بلا معاوضہ تمام طالب علموں کے لیے دستیاب ہیں، دی جاسکتی ہیں۔ اس فارم کو ہر سال پر کیا جانا چاہیے۔

غیر تشخیص شدہ ادویات کا پروگرام (جسے اختیاری علاج کہا جاتا ہے) کا مقصد معمولی بیماریوں کا فوری علاج کرنا ہے اس بات سے بچنے کے لیے کہ بچے سکول سے غیر ضروری طور پر قبل از وقت نہ جائیں۔ بالٹی مور کاؤنٹی ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ کے چیف فزیشن آف سکول ہیلتھ سروسز اور بالٹی مور کاؤنٹی پبلک سکولز کے لیے کورڈینیٹر آف ہیلتھ سروسز نے ان ادویات کی منظوری دی ہے۔

آپ کے بچے کو کوئی بھی دوائی دینے سے پہلے آپکی اجازت حاصل کرنا ضروری ہے۔ صرف رجسٹر شدہ نرس / سکول نرس یہ ادویات بچوں کو مسلم قواعد کے مطابق دینگے۔ اجازت نامے کے فارم میں ان ادویات کی فہرست موجود ہے جو دستیاب ہونگی۔ براہ کرم اجازت نامے کے فارم پر دستخط کریں اور اسے سکول نرس کو واپس بھیج دیں۔

منظور شدہ اختیاری ادویات صرف کبھی کبھار کے استعمال کے لیے ہیں۔ اگر آپ کے بچے کو کوئی تشخیص شدہ یا غیر تشخیص شدہ دوائی کی باقاعدگی سے ضرورت ہے، تو آپ کو اپنے ہیلتھ کیئر پرووائڈر سے تحریری آرڈر حاصل کرنا چاہیے اور دوائیاں فراہم کرنی چاہیے۔

اگر آپ نے کوئی سوالات کرنے ہیں یا آپکو مزید معلومات درکار ہیں، براہ کرم سکول نرس سے رابطہ کریں۔

فقط!

لوسیا ڈونائٹی، ایم ڈی، ایف اے اے پی
چیف
بیور آف چائلڈ، آڈولسنٹ اینڈ سکول ہیلتھ
بالٹی مور کاؤنٹی ڈیپارٹمنٹ آف ہیلتھ

ڈیبرا سامروائل، آر این، ایم پی ایچ
کورڈینیٹر
آفس آف ہیلتھ سروسز
بالٹی مور کاؤنٹی پبلک سکولز