

GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

এই ফর্মটি ডায়াবেটিজ, সিজার, অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির ওষুধের জন্য ব্যবহার করা যাবে না।

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2025-2026 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: (মাস/দিন/বৎসর): _____
 লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS নম্বর: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____
 স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____

নিচের অংশটুকু স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী পূরণ করবেন/ HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

1. **Diagnosis:** _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- ☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- ☐ Standing daily dose – at _____ and _____ and/or
☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____
☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.
☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

2. **Diagnosis:** _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- ☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- ☐ Standing daily dose – at _____ and _____ and/or
☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____
☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.
☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

3. **Diagnosis:** _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- ☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- ☐ Standing daily dose – at _____ and _____ and/or
☐ PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____
☐ Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.
☐ If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

Home Medications (include over the counter) ☐ None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Rev 3/25

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

এই ফর্মটি ডায়াবেটিজ, সিজার, অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির ঔষধের জন্য ব্যবহার করা যাবে না

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2025-2026 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ডিস্ট্রিক্ট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/স্কুল ডিস্ট্রিক্ট স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
 - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার” (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাজের মধ্যে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাজের উপর অবশ্যই ফার্মাসির **আসল** লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনাসমূহ।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
 - কোনও শিক্ষার্থী নেশাকর নিষিদ্ধ দ্রব্য (কন্ট্রোল সাবস্টেন্স) নিজে বহন করতে অথবা সেবন করতে পারবে না।**
 - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা বাতিল হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
 - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী ঔষধ-প্রদান (মেডিকেশন) জনিত পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো সেকশন 504 অ্যাক্টমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: ভালো হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (ঔধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বাজ প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা, তা স্কুল নার্স/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাস্তব অথবা বোতলে “বাড়তি” (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য: _____ জন্মতারিখ: (মাস/দিন/বৎসর): _____

স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: _____ বাড়ি _____ সেল ফোন: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ:

নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নম্বর: _____

ঔধুমাত্র অফিস অভ হেলথ (OHS) দ্বারা ব্যবহারের জন্য /For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ Received by – Name: _____ Date: _____

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Counselor: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only) ☐ School Based Health Center

Signature and Title (RN or SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Rev 3/25