



অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2026-2027 শিক্ষা বছর
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ডিভিক 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: _____
লিঙ্গ: পুরুষ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____
স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergies:

History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)
 No

Does this student have the ability to: Self-manage (See 'Student Skill Level' below) Yes No
Recognize signs of allergic reactions Yes No
Recognize and avoid allergens independently Yes No

Select In-School Medications

SEVERE ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ kg

Injectable (IM) 0.1 mg 0.15 mg 0.3 mg

Intranasal 1 mg 2 mg

Give epinephrine for any of the following signs and symptoms:

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

Other signs and/or symptoms: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses, **do not enter ranges**)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff must administer

Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

MILD ALLERGIC REACTION (parent must supply medicine for use in medical room) Note: if more than one oral medication is prescribed, this will be given **first**

Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea

SELECT ONE:

Cetirizine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q24 hours pm

Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q4 hours pm Q6 hours pm

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

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

OTHER ALLERGY MEDICATION: Give in addition to as alternative to the medication above

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours pm

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

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

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.

Practitioner's Initials: _____

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: _____

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে
ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

সংশোধিত 2/26
পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2026-2027 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।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

- 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 জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝেছি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব। আমি স্কুলে রিট্রাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করবো।
 - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার” (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাজে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: 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 (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
 - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমা অথবা এপিনেফ্রিন ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মগজুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) -কে অনুমোদন দিচ্ছি।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই অতিসত্বর জানাতে হবে।
 - আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট OSH এবং এর এজেন্টরা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH স্বাক্ষর করার মাধ্যমে 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 নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ 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 অ্যালার্জি জনিত পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি 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 স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

দ্রষ্টব্য: যদি আপনি সিদ্ধান্ত নেন যে সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ ব্যবহার করবেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফ্রিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্যান্য ঔষধ, স্কুল ড্রিপের দিন এবং/অথবা আফটার স্কুল প্রোগ্রামের সময় তার সাথে পাঠাতে হবে। সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ শুধু স্কুলে OSH কর্মীগণ ব্যবহার করবেন।

নিজে ঔষধ সেবন (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বাজে প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহার এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহারের ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সেবিষয়ে পর্যবেক্ষণ করার প্রতি 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 বাক্স অথবা বোতলে “বাড়তি” (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয়, তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণকে তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: _____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____
স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের সেলফোন: _____ অন্য ফোন নম্বর: _____
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি নাম/সম্পর্ক: _____
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি ফোন: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____
 504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____
Referred to School 504 Coordinator: 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 Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified