



عام دوائی دینے کا فارم

اس فارم کو ذیابیطس، دورہ پڑنے، دمہ یا الرجی کی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیے
فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2026-2027
برائے مہربانی اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کاروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانیہ: _____ تاریخ پیدائش: _____
جنس: لڑکا لڑکی OSIS نمبر #: _____ گریڈ: _____ کلاس: _____ DOE ضلع: _____
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور پروف شامل کریں): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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

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

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

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

- 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: _____ . _____

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

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

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

- 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: _____ . _____

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

Medication (Generic and/or Brand Name) : _____

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

- 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: _____

والدین کے لیے

طبی نگہداشت پیشہ ور کی نامکمل معلومات دوائی آرڈر کی کاروائی میں تاخیر کی وجہ بن سکتی ہے۔ تجدید شدہ 2/26
فارمز کو ایک ریویڈنٹ مکمل نہیں کر سکتا
صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

عام دوائی دینے کا فارم

اس فارم کو ذیابیطس، دورہ پڑنے، دمہ یا الرجی کی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیے
 فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2026-2027
 برائے مہربانی اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کاروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست: پڑھ کر مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے، میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی قسم کے آلات کو اسکول میں ذخیرہ اور استعمال کرنے کی اجازت بھی دیتا ہوں۔
- میں جانتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم صحت مرکز (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات فراہم کرنا لازمی ہیں۔
 - تمام نسخے والی اور "کاونٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دوں گا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈیزے میں بند ہونا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو اپنے بچے کے اسکول دن کے دوران استعمال کے لیے موجودہ اور غیر معیاد ختم شدہ دوا فراہم کروں گا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈیزے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - "مجھے اپنے بچے کی دوا یا طبی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں فوراً اسکول کی نرس / SBHC فراہم کنندہ کو اطلاع دینا ہوگی۔
 - کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔
 - اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
 - اس ادویات دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتے ہیں لیکن کسی کلینکی تشخیص یا کسی OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے ایک جسمانی معائنہ بھی شامل ہو سکتا ہے لیکن انہی تک محدود نہیں۔
 - اس MAF میں دی گئی دوا دینے کی ہدایت میرے بچے کے تعلیمی سال کے اختتام پر ختم ہو جائے گی، جس میں گرمیوں کا سیشن بھی شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول کی نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF دوں گا (جو بھی پہلے ہو)۔ دوا دینے کے اس آرڈر کے ختم ہو جانے کے بعد، میں اپنے بچے کے معالج کی جانب سے ایک نئی تحریری MAF اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فراہم کروں گا۔
 - یہ فارم میری رضامندی اور اس فارم میں بیان کی گئی دے سے متعلق خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہ راست OSH کو بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا کوئی معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH ان خدمات کی فراہمی کا فیصلہ کرتا ہے، تو میرے بچے کو جز 504 سہولیات منصوبے کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - میرے بچے کی دیکھ بھال یا علاج کی غرض سے، OSH میرے بچے کی طبی حالت، دوا، یا علاج سے متعلق کوئی بھی ایسی معلومات حاصل کر سکتے ہیں جنہیں وہ ضروری سمجھتے ہیں۔ OSH ان معلومات کو کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

توجہ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

خود لینے والی ادویات (صرف خود مختار طلباء):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ / بچی مکمل طور پر تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا کو لانے، محفوظ کرنے اور اسکول میں اور دوروں پر لانے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو مذکورہ بالا کے مطابق ان ادویات کو بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا کے استعمال کی نگرانی کرنے اور اسکول میں اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی خود ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈیزے یا بوتل میں "اضافی ذخیرہ" (بیک اپ) دوں گا۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ مختصر نام: _____
 تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ): _____
 اسکول (ATS DBN / نام): _____ برو: _____ ضلع: _____
 والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین / سرپرست کا ای میل: _____
 والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____
 والدین / سرپرست کا پتہ: _____
 ٹیلیفون نمبر: دن کے وقت: _____ گھر: _____ سیل فون: _____
 ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد نام: _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ فون نمبر: _____

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 OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

Rev 2/26