Attach student photo here

সিজার বা খিঁচুনিতে ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ 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

Diagnosis/Seizure Type: (check all that apply)

☐ Localization related (focal) epilepsy ☐ Primary generalized ☐ Secondary generalized ☐ Childhood/juvenile absence

☐ Myoclonic ☐ Infantile spasms ☐ Non-convulsive seizures ☐ Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Presentation/Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

H/O Status Epilepticus? ☐ No ☐ Yes Has student had surgery for epilepsy? ☐ No ☐ Yes – Date: ___________ Well Controlled? ☐ No ☐ Yes

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. **Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration**

Name of Medication	Concentration/ Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
☐ diazepam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	
☐ midazolam				☐ 3 min ☐ 5 min ☐ _____ min	

B. **In-School/Routine Medications**

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: _________

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

C. **Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)**? (any trained adult can administer) ☐ No ☐ Yes , If YES, describe magnet use:

☐ Swipe magnet ☐ immediately ☐ within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times; Give emergency medication after _____ min and call 911.

Activities:

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? ☐ No ☐ Yes

Gym/physical activity participation restrictions? ☐ No ☐ Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

☐ **Other:** ______

☐ **504 Accommodations requested** (e.g., supervision for swimming)? ☐ Yes (attach form) ☐ No

Home Medication(s) ☐ None	Dosage, Route, Directions	Side Effects / Specific Instructions

Other special instructions:

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

সংশোধিত 2/26

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

পিতামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

সিজার বা খিঁচুনিতে ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ 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:

1. 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।
2. **আমি বুঝেছি যে:**
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ 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 (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে।** যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না অথবা স্কুল ট্রিপে যাবে, তখন আমি তার ব্যবহারের জন্য অন্য একটি ওষুধের ব্যবস্থা 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 (ডোসেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
   - আমার সন্তানের ঔষধে বা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার 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 প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপরিল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, 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 ঔষধ প্রদান 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।
   - 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।
   - আমি বুঝি যে নিউ ইয়র্ক স্টেটের প্রবিধান অনুযায়ী খিঁচুনি বা সিজার জনিত জরুরী পরিস্থিতিতে ঔষধ প্রদান, এতে অন্তর্ভুক্ত নাকের মধ্য দিয়ে প্রদান, শুধুমাত্র একজন নার্স অথবা অন্য লাইসেন্সপ্রাপ্ত চিকিৎসা প্রদানকারী দ্বারা পরিচালিত হতে পারে।

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

জরুরি-প্রয়োজন-নয় এমন ঔষধ নিজে সেবনের ক্ষেত্রে (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 বক্সে 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 অথবা পরিষেবা প্রদানকারী SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "বাড়তি" (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: ____________ প্রথম নাম: ____________ MI: ____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): ____________

স্কুলের নাম/নম্বর: ____________ 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 যোগাযোগের ব্যক্তি

নাম: ____________ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: ____________ ফোন নম্বর: ____________

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