Attach student photo here

دورہ پڑنے کی دوائیاں دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفترِ 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: ____________ درمیانہ: ____________ تاریخِ پیدائش: ____________

جنس:☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر#: ____________ گریڈ: ____________ کلاس: ____________ DOE ضلع: ____________

اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): ____________

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)

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

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

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

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 :_________

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

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

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

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:____________

طبی نگہداشت پیشہ ور کی نامکمل معلومات دوائی آرڈر کی کاروائی میں تاخیر کی وجہ بن سکتی ہے تجدید شدہ 26/2

فارمز کو ایک ریزیڈنٹ مکمل نہیں کر سکتا

والدین کا صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

دورہ پڑنے کی دوائیاں دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2026–2027**

برائے مہربانی اسکول نرس/ اسکول میں قائم صحت کے 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 کرکے، میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. 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۔
2. **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 "کاؤنٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دوں گا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونا لازمی ہیں۔** میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لونگا جب وہ گھر پر نہ ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔
     - نسخے والی دوا کے ڈبے 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 اشیأ رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔
   - اسکول کا دفترِ 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 کرکے، میں OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
   - اس MAF میں دی گئی دوا دینے کی ہدایت میرے بچے کے تعلیمی سال کے اختتام پرختم 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 تحریریMAF اپنے بچے کی اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو فراہم کروں گا۔
   - یہ فارم میری رضامندی اور اس فارم میں بیان کی گئی دعہ 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 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۔
   - OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوائی دینا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ 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۔
   - میں جانتا ہوں کہ نیویارک ریاست کے ضابطوں کے تحت، ہنگامی طور پر دورہ پڑنے کی ادویات، بشمول ناک سے دی جانے والی ادویات، صرف کسی نرس یا سندیافتہ طبی نگہداشت فراہم کنندہ کے ذریعے ہی دی جا سکتی 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 دوائیوں کو اسکول میں اور دوروں پر لے جانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی 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 ڈبے 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 کا نمبر اور 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 نمبرز: 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 Office of School Health after consultation with prescribing practitioner :☐ Clarified ☐ Modified