



ဆေးဝါးဆိုင်ရာ/လုပ်ထုံးလုပ်နည်း ခွင့်ပြုချက်

ကျောင်းသားအမည်: \_\_\_\_\_ ကျောင်းသား ID #: \_\_\_\_\_
ကျောင်း: \_\_\_\_\_ အတန်း: \_\_\_\_\_ မွေးနေ့: \_\_\_\_\_
စစ်ဆေးမှု: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

မိဘ ခွင့်ပြုချက်

ကျွန်ုပ်၏ သား/သမီးဖြစ်သူ \_\_\_\_\_, သည် ဆေးညွှန်းအရ သောက်နေရသည့်ဆေးဝါးများ သို့မဟုတ် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို သူ/သူမ၏ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးပေးသူ၊ ဆရာဝန် ညွှန်ကြားသည့်အတိုင်း ညွှန်းဆိုထားသည့် အချိန်တွင် သောက်ရန် ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုထားပါသည်။

ဆေးဆိုင်မှ တံဆိပ်တပ်ထားသည့်ဆေးပူးဖြင့် ကျောင်းသို့ ဆေးညွှန်းအတိုင်းဆေးဝါးများကို ယူဆောင်လာပေးခြင်းအတွက် ကျွန်ုပ်တွင်တာဝန်ရှိပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ကျောင်းတွင် ဆေးဝါးအလုံအလောက်အရေအတွက် ပေးထားခြင်း သို့မဟုတ် ထောက်ပံ့ပေးထားခြင်းအတွက် တာဝန်ရှိသည်ကို နားလည်ထားပါသည်။ ၎င်းကိုဆောင်ရွက်ပေးရန် ပျက်ကွက်ပါက ဆရာဝန်၏ညွှန်ကြားချက် အဆက်ပြတ်ခြင်း သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဆေးဝါးဆိုင်ရာ/လုပ်ထုံးလုပ်နည်းပေါ်တွင် ကျောင်း၏အုပ်ချုပ်သူမှ အဆက်ပြတ်ခြင်းဖြစ်ပေါ်လာနိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်ကလေးမှ ဆေးညွှန်းထားသည့် ဆေးဝါး(များ) သောက်ရန် သို့မဟုတ် လုပ်ထုံးလုပ်နည်း(များ)ကို ခွင့်ပြုရန် ငြင်းဆန်ပါက၊ ကျွန်ုပ်ကလေးမှ လိုက်နာရန် ကျောင်းဝန်ထမ်းမှ အတင်းအကြပ် လုပ်ခိုင်းမည် မဟုတ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ထားပါသည်။

ကျောင်းမှဝန်ထမ်းတွင် ဆေးဝါး(များ) အသုံးပြုမှု၊ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ၊ တုံ့ပြန်မှုများနှင့် မတည့်မှုများ သို့မဟုတ် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းရလဒ်များ သို့မဟုတ် အကြိမ်အရေအတွက်များ နှင့်ပတ်သက်ပြီး ဆေးညွှန်းပေးသည့် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးပေးသူ၊ ဆရာဝန် နှင့် ဆက်သွယ်ဆောင်ရွက်ရန် ခွင့်ပြုချက်ရှိပြီးသားဖြစ်သည်။ ကျွန်ုပ်သည် မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုချက်ကို ရုပ်သိမ်းနိုင်ပါသည်။

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် \_\_\_\_\_ တော်စပ်ပုံ \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- (လ/ရက်/နှစ်) \_\_\_\_\_

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ အခွင့်အရေး-

ကျောင်းတွင် စီမံခန့်ခွဲမည့် သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်မည့် အထက်ပါကျောင်းသူ/ကျောင်းသားအတွက် အောက်ပါဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုသမှုနှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများကို ဖော်ပြထားပါသည်။

DAILY

Table with 6 columns: Name of Daily Medication, Dosage/Frequency, Time(s), Start date, Stop date, Possible Adverse Side Effect or Contraindications.

PRN

Table with 6 columns: Name of PRN Medication, Dosage/Frequency, Time(s), Start date, Stop date, Possible Adverse Side Effect or Contraindications.

Table with 6 columns: Name of Procedure, Dosage/Frequency, Time(s), Start date, Stop date, Monitoring Parameters.


**PROCEDURES**

The above orders shall be effective throughout the current school year, summer school and through September 30<sup>th</sup> of the following school year, unless the orders are discontinued, changed or withdrawn in writing by the parent/guardian before that time elapses.

_____	_____	_____
Medical Provider's Signature	Date (Mo./Day/Yr.)	Telephone/Fax Number
_____	_____	
Printed Medical Provider's Name	Address	