

ជូនចំពោះមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល:

យើងខ្ញុំសូមជំរាបដល់លោកអ្នកឲ្យបានដឹងអំពីច្បាប់ដែលបានដាក់ដើម្បីធ្វើឱ្យប្រកដពីស្ថានភាពសុខភាពហើយនិងភាពគ្មានគ្រោះថ្នាក់ចំពោះក្មេងត្រូវការថ្នាំនៅអំឡុងពេលថ្ងៃសាលារៀន។

ទីមណ្ឌលសាលារៀនរបស់យើងតម្រូវឲ្យមានក្រដាសបំពេញដូចតទៅដែលត្រូវមាននៅក្នុងសំណុំរឿងសុខភាពកូនរបស់លោកអ្នក មុននិងយើងហ៊ានឱ្យថ្នាំអ្វីដល់កូនរបស់លោកអ្នកនៅសាលារៀន:

1. ត្រូវចុះហត្ថលេខាយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយឬអ្នកអាណាព្យាបាលដើម្បីឱ្យថ្នាំ។ សូមមេត្តាបំពេញ ក្រដាសយល់ព្រមដែលភ្ជាប់ទៅជាមួយ ហើយយកមកឲ្យពេទ្យនៅសាលារៀនរបស់អ្នកវិញ។
2. ចុះហត្ថលេខាថ្នាំបញ្ជាឱ្យឱ្យឱ្យ Signed medication order. ក្រដាសសរសេរបំពេញបញ្ជាឱ្យ medication order form ថ្នាំគ្រប់យកឱ្យទៅឲ្យអ្នកដែលមាន licensed prescriber ចេញសប្បុត្រ ឱ្យឱ្យថ្នាំ កូនរបស់អ្នក (គ្រូពេទ្យព្យាបាលកូនអ្នក, nurse practitioner, etc.) សម្រាប់បំពេញហើយ យកត្រឡប់មកឲ្យគិលានុបដ្ឋាកសាលារៀនវិញ។ ការដាក់បញ្ជានេះត្រូវតែ ធ្វើឡើងសាជាថ្មី តាមត្រូវ ការហើយនិងចាប់ផ្តើមនៅដើមឆ្នាំរៀនរាល់សិក្សា។

ថ្នាំដែលយកមកសាលារៀនគួរតែមានដាក់ក្នុងប្រអប់ចេញពី pharmacy ឬ manufacturer-labeled container ផលិតផល ដែលមានបិទស្លាកលើប្រអប់ ត្រូវអ្នកយកមកបម្រុងស្បថាស់ណាម្នាក់ដែលទទួលខុសត្រូវបាន អ្នក ជ្រើសរើស ឲ្យ មកឱ្យសាលា។ សូមប្រាប់កន្លែង pharmacy របស់អ្នកឲ្យផ្តល់ឱ្យដល់ថ្នាំផ្សេងៗគ្នាមួយសម្រាប់នៅ សាលារៀនហើយមួយទៀតសម្រាប់នៅផ្ទះ។ ថ្នាំកុំឲ្យលើសជៀងពី 30-ថ្ងៃគ្រប់យកមកសាលា។

នៅពេលកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវការឲ្យលេបថ្នាំនៅអំឡុងពេលថ្ងៃនៅសាលា, សូមមេត្តាប្រញាប់ធ្វើតាមច្បាប់ទាំងអស់ នេះដូច្នោះយើងនិង អាចចាប់ផ្តើមឱ្យថ្នាំបានរហ័សដែលអាចទៅបាន។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរអ្វី សូមទូរស័ព្ទលេខ (978) 441-4411 Ext. 4411, 4422 or 4433. Forms may be faxed to (978) 441-5336

សេចក្តីស្មោះពី,

Christine Baker, RN

Donna DiGiovanni, RN

Lisa Geoffroy, LPN

គ្រូពេទ្យអនុវិគ្គន៍របៀបនៅក្នុងសាលា

NURSING PRACTICE IN THE SCHOOL SETTING

**មាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាលអនុញ្ញាតឱ្យសម្រាប់គ្រប់គ្រោងសប្បុរស
Parent/Guardian Authorization for Prescription Medication Administration**

ឈ្មោះសិស្ស: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល (សរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព): _____

លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ: _____ លេខទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: _____

ទាក់ទងនៅពេលមានអាសន្ន(ស): ឈ្មោះ: _____ ទូរស័ព្ទ: _____

ឈ្មោះ: _____ ទូរស័ព្ទ: _____

កូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំឲ្យនេះកំពុងតែលេបថ្នាំដែលមានដូចតទៅ (ដើម្បីបំពេញប្រសិនបើអត់មាន ការបំពេនដល់ រឿងអាមីកំបាំង to be completed if not in violation of confidentiality). _____

កូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំមានប្រតិកម្មទៅលើអាហារហើយនិងថ្នាំ food and drug allergies ដូចទៅជា: _____

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូពេទ្យនៅសាលា school personnel ត្រូវបានជ្រើសរើសដោយគ្រូពេទ្យនៅសាលារៀនគ្រប់គ្រោងថ្នាំ the medication ដែល ត្រូវបានចេញសប្បុរសប្រតិបត្តិដោយ:

_____ ដល់ _____

Licensed Prescriber អ្នកចេញសប្បុរសប្រតិបត្តិ

សិស្សឈ្មោះ:

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យកូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំគ្រប់គ្រោងថ្នាំ -ដោយខ្លួនឯង, ប្រសិនបើគ្រូពេទ្យនៅសាលារៀនកំណត់ថាមាន សន្តិសុខហើយសមរម្យ។

____ បាន ____ អត់បាន

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្រូពេទ្យនៅសាលារៀនចែកដំណឹងព័ត៌មានទាក់ទងទៅនឹងការគ្រប់គ្រោងសំបុត្រឱ្យបាន គ្រប់គ្រោងថ្នាំ prescribed medication administration ដូចដែលគាត់បានកំណត់ ថាសមរម្យចំពោះសុខភាពហើយគ្មានគ្រោះថ្នាក់ដល់ កូនប្រុស/កូនស្រីរបស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ដឹងហើយថា ខ្ញុំអាចទៅយកថ្នាំ retrieve the medication ពីសាលារៀនបានគ្រប់ពេល; យ៉ាងណាក៏ដោយ, ថ្នាំនិងត្រូវកែទិចចោល បើសិនជាអត់មកយកក្នុងរយៈពេលមួយអាទិត្យនៃការបញ្ឈប់តាមការបញ្ជាឬមុនសាលារៀនបិទ មួយអាទិត្យ។

ហេតុលេខាមាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល: _____ Date: _____

គ្រូជាអ្វីជាមួយសិស្ស: _____

អាសយដ្ឋាន: _____
