

# হাঁপানির কর্ম পরিকল্পনা

সমাপ্তির তারিখ

নাম	জন্ম তারিখ	শ্রেণী/শিক্ষক
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী	স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অফিসের ফোন	মেডিকাল রেকর্ড নম্বর
পিতা-মাতা/অভিভাবক	ফোন	বিকল্প ফোন
পিতা-মাতা/অভিভাবক/বিকল্প জরুরী যোগাযোগ	ফোন	বিকল্প ফোন

## হাঁপানির তীব্রতা নির্ণয়

মাঝে মাঝে  নিয়মিত  হালকা  মাঝারি  চরম

হাঁপানির ট্রিগার(যে বিষয়গুলি হাঁপানিকে আরও খারাপ করে)

ধোঁয়া  ঠাণ্ডা  ব্যায়াম  পশু-পাখি  ধূলিকণা  খাদ্য  
 আবহাওয়া  দুর্গন্ধ  পুষ্পরেণু  অন্যান্য \_\_\_\_\_

## সবুজ এলাকা: চালিয়ে যান!

এই সকল দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র (প্রতিরোধ) ওষুধপত্র প্রতিদিন গ্রহণ করুন

আপনি এই সকল লক্ষ্য করবেন:



- শ্বাসপ্রশ্বাস গ্রহণ করা সহজ
- কোন কাশি অথবা সাঁসাঁ শব্দে নিঃশ্বাস ফেলা নয়
- কাজ করতে এবং খেলতে পারবেন
- সমস্ত রাতে ঘুমাতে পারবেন

কোন দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র প্রয়োজন নেই

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধ(পত্র): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ পাক(গুলি) অথবা \_\_\_\_\_ ট্যাবলেট(গুলি) \_\_\_\_\_ প্রতিদিন গ্রহণ করুন।

ব্যায়ামের সঙ্গে হাঁপানির জন্য, যোগ করুন: \_\_\_\_\_, ব্যায়ামের পূর্বে \_\_\_\_\_ মিনিট অন্তর \_\_\_\_\_ পাকগুলি।

আপনার দৈনিক ইনহেলড ওষুধ ব্যবহারের পরে আপনার মুখ মুছে নিন।

## হলুদ এলাকা: সতর্কতা!

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র চালিয়ে যান এবং কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র যোগ করুন

আপনারিকি এগুলির যেকোনো একটি রয়েছে:



- কাশি অথবা হালকা সাঁসাঁ শব্দে নিঃশ্বাস
- বক্ষ শক্ত হয়ে যাওয়া
- শ্বাসকষ্ট
- ঘুম, কাজ, অথবা খেলতে সমস্যা

যদি অর্ডার করা হয় তাহলে দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র গ্রহণ করুন এবং যখন আপনার শ্বাসকষ্ট হয়, তবে কুইক-রিলিফ ওষুধ গ্রহণ করুন।

\_\_\_\_\_ ইনহেলার \_\_\_\_\_ mcg \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ পাকগুলি প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়। একটি পৃথককরণ ব্যবস্থা ব্যবহার করুন, কিছু শিশুদের মাস্ক প্রয়োজন হতে পারে।

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজার \_\_\_\_\_ মিগ্রা / \_\_\_\_\_ মিলি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজারের চিকিৎসা প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

অন্যান্য: \_\_\_\_\_ যদি কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র

\_\_\_\_\_ মিনিটের মধ্যে কাজ না করে, আবার গ্রহণ করুন এবং আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন যদি কুইক-রিলিফ ওষুধ \_\_\_\_\_

বারের বেশি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করা হয়, আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন যদি হলুদ এলাকাতে 24 ঘন্টার বেশি থাকে, তাহলে

আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন।

## লাল এলাকা: জরুরী!

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র চালিয়ে যান এবং কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র এবং সাহায্য গ্রহণ করুন!

আপনার এগুলির যেকোনো একটি রয়েছে:



- শ্বাসকষ্ট
- ওষুধ কাজ করছে না
- শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত এবং কঠিন
- নাক প্রশস্তভাবে খোলা, পঁজর দেখা যাচ্ছে, ভালোভাবে কথা বলতে পারবেন না
- চোঁট অথবা আসুলের নখ ধূসর কিংবা অস্পষ্ট

\_\_\_\_\_ ইনহেলার \_\_\_\_\_ mcg \_\_\_\_\_ পাকগুলি প্রতি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়। একটি পৃথককরণ ব্যবস্থা ব্যবহার করুন, কিছু শিশুদের মাস্ক প্রয়োজন হতে পারে।

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজার \_\_\_\_\_ মিগ্রা / \_\_\_\_\_ মিলি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজারের চিকিৎসা প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

অন্যান্য: \_\_\_\_\_

কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র পুনরায় দেওয়ার জন্য স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন। যদি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করা না

যায়, তাহলে এ্যাম্বুলেন্সের জন্য 911-এ কল করুন এবং সরাসরি জরুরী বিভাগে যান।

## স্কুলে সকল ওষুধপত্র ব্যবহারের জন্য অনুমতি প্রয়োজন

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অনুমতি: আমি লিখিতভাবে এই পরিকল্পনা অনুসরণ করার অনুরোধ করছি। এই পরিকল্পনা \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ শিক্ষা বর্ষের জন্য বৈধ।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের অনুমতি: আমি স্কুল নার্সকে এই পরিকল্পনার তালিকাভুক্ত ওষুধপত্র দেওয়ার জন্য অথবা প্রশিক্ষিত স্কুল কর্মীদের স্কুলে নার্স দ্বারা পর্যালোচনা করার পরে সেগুলি গ্রহণে সহায়তা করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি। এই পরিকল্পনাটি স্কুলের কর্মীদের সঙ্গে শেয়ার করা যেতে পারে যিনি আমার সন্তানের যত্ন করেন।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## ঐচ্ছিক স্বাধীনভাবে ওষুধপত্র বহন এবং স্কুলে ব্যবহারের ঐচ্ছিক অনুমতি

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহারের অনুমতি: আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই শিক্ষার্থীটি আমার কাছে প্রমাণ করেছে যে, তারা এই উদ্ধারকৃত ওষুধটি কার্যকরভাবে স্ব-পরিচালনা করতে পারে এবং স্কুল কর্মীদের দ্বারা তদারকি না করে স্কুলে এই ওষুধটি স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহার করতে পারে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবকদের স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহারের অনুমতি (যদি উপরে উল্লিখিত প্রোভাইডারের মাধ্যমে অর্ডার করা হয়): আমি সম্মত হয়েছি যে আমার সন্তান এই উদ্ধারকৃত ওষুধটি কার্যকরভাবে স্ব-পরিচালনা করতে পারে এবং স্কুলের কর্মীদের দ্বারা তদারকি না করে স্কুলে এই ওষুধটি স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহার করতে পারে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

# হাঁপানির কর্ম পরিকল্পনা

সমাপ্তির তারিখ

নাম	জন্ম তারিখ	শ্রেণী/শিক্ষক
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী	স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অফিসের ফোন	মেডিকাল রেকর্ড নম্বর
পিতা-মাতা/অভিভাবক	ফোন	বিকল্প ফোন
পিতা-মাতা/অভিভাবক/বিকল্প জরুরী যোগাযোগ	ফোন	বিকল্প ফোন

## হাঁপানির তীব্রতা নির্ণয়

মাঝে মাঝে  নিয়মিত  হালকা  মাঝারি  চরম

হাঁপানির ট্রিগার(যে বিষয়গুলি হাঁপানিকে আরও খারাপ করে)

ধোঁয়া  ঠাণ্ডা  ব্যায়াম  পশু-পাখি  ধূলিকণা  খাদ্য  
 আবহাওয়া  দুর্গন্ধ  পুষ্পরেণু  অন্যান্য

## সবুজ এলাকা: চালিয়ে যান!

এই সকল দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র (প্রতিরোধ) ওষুধপত্র প্রতিদিন গ্রহণ করুন

আপনি এই সকল লক্ষ্য করবেন:



- শ্বাসপ্রশ্বাস গ্রহণ করা সহজ
- কোন কাশি অথবা সাঁসাঁ শব্দে নিঃশ্বাস ফেলা নয়
- কাজ করতে এবং খেলতে পারবেন
- সমস্ত রাতে ঘুমাতে পারবেন

কোন দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র প্রয়োজন নেই

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধ(পত্র): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ পাক(গুলি) অথবা \_\_\_\_\_ ট্যাবলেট(গুলি) \_\_\_\_\_ প্রতিদিন গ্রহণ করুন।

ব্যায়ামের সঙ্গে হাঁপানির জন্য, যোগ করুন: \_\_\_\_\_, ব্যায়ামের পূর্বে \_\_\_\_\_ মিনিট অন্তর \_\_\_\_\_ পাকগুলি।

আপনার দৈনিক ইনহেলড ওষুধ ব্যবহারের পরে আপনার মুখ মুছে নিন।

## হলুদ এলাকা: সতর্কতা!

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র চালিয়ে যান এবং কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র যোগ করুন

আপনারিকি এগুলির যেকোনো একটি রয়েছে:



- কাশি অথবা হালকা সাঁসাঁ শব্দে নিঃশ্বাস
- বক্ষ শক্ত হয়ে যাওয়া
- শ্বাসকষ্ট
- ঘুম, কাজ, অথবা খেলতে সমস্যা

যদি অর্ডার করা হয় তাহলে দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র গ্রহণ করুন এবং যখন আপনার শ্বাসকষ্ট হয়, তবে কুইক-রিলিফ ওষুধ গ্রহণ করুন।

\_\_\_\_\_ ইনহেলার \_\_\_\_\_ mcg \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ পাকগুলি প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়। একটি পৃথককরণ ব্যবস্থা ব্যবহার করুন, কিছু শিশুদের মাস্ক প্রয়োজন হতে পারে।

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজার \_\_\_\_\_ মিগ্রা / \_\_\_\_\_ মিলি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজারের চিকিৎসা প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

অন্যান্য: \_\_\_\_\_ যদি কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র

\_\_\_\_\_ মিনিটের মধ্যে কাজ না করে, আবার গ্রহণ করুন এবং আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন যদি কুইক-রিলিফ ওষুধ \_\_\_\_\_

বারের বেশি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করা হয়, আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন যদি হলুদ এলাকাতে 24 ঘন্টার বেশি থাকে, তাহলে

আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন।

## লাল এলাকা: জরুরী!

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র চালিয়ে যান এবং কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র এবং সাহায্য গ্রহণ করুন!

আপনার এগুলির যেকোনো একটি রয়েছে:



- শ্বাসকষ্ট
- ওষুধ কাজ করছে না
- শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত এবং কঠিন
- নাক প্রশস্তভাবে খোলা, পঁজর দেখা যাচ্ছে, ভালোভাবে কথা বলতে পারবেন না
- চোঁট অথবা আঙ্গুলের নখ ধূসর কিংবা অস্পষ্ট

\_\_\_\_\_ ইনহেলার \_\_\_\_\_ mcg \_\_\_\_\_ পাকগুলি প্রতি \_\_\_\_\_

ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়। একটি পৃথককরণ ব্যবস্থা ব্যবহার করুন, কিছু শিশুদের মাস্ক প্রয়োজন হতে পারে।

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজার \_\_\_\_\_ মিগ্রা / \_\_\_\_\_ মিলি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজারের চিকিৎসা প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

অন্যান্য: \_\_\_\_\_

কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র পুনরায় দেওয়ার জন্য স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন। যদি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করা না যায়, তাহলে এ্যাম্বুলেন্সের জন্য 911-এ কল করুন এবং সরাসরি জরুরী বিভাগে যান।

## স্কুলে সকল ওষুধপত্র ব্যবহারের জন্য অনুমতি প্রয়োজন

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অনুমতি: আমি লিখিতভাবে এই পরিকল্পনা অনুসরণ করার অনুরোধ করছি। এই পরিকল্পনা \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ শিক্ষা বর্ষের জন্য বৈধ।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের অনুমতি: আমি স্কুল নার্সকে এই পরিকল্পনার তালিকাভুক্ত ওষুধপত্র দেওয়ার জন্য অথবা প্রশিক্ষিত স্কুল কর্মীদের স্কুলে নার্স দ্বারা পর্যালোচনা করার পরে সেগুলি গ্রহণে সহায়তা করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি। এই পরিকল্পনাটি স্কুলের কর্মীদের সঙ্গে শেয়ার করা যেতে পারে যিনি আমার সন্তানের যত্ন করেন।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## ঐচ্ছিক স্বাধীনভাবে ওষুধপত্র বহন এবং স্কুলে ব্যবহারের ঐচ্ছিক অনুমতি

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহারের অনুমতি: আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই শিক্ষার্থীটি আমার কাছে প্রমাণ করেছে যে, তারা এই উদ্ধারকৃত ওষুধটি কার্যকরভাবে স্ব-পরিচালনা করতে পারে এবং স্কুল কর্মীদের দ্বারা তদারকি না করে স্কুলে এই ওষুধটি স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহার করতে পারে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবকদের স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহারের অনুমতি (যদি উপরে উল্লিখিত প্রোভাইডারের মাধ্যমে অর্ডার করা হয়): আমি সম্মত হয়েছি যে আমার সন্তান এই উদ্ধারকৃত ওষুধটি কার্যকরভাবে স্ব-পরিচালনা করতে পারে এবং স্কুলের কর্মীদের দ্বারা তদারকি না করে স্কুলে এই ওষুধটি স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহার করতে পারে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

# হাঁপানির কর্ম পরিকল্পনা

সমাপ্তির তারিখ

নাম	জন্ম তারিখ	শ্রেণী/শিক্ষক
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী	স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অফিসের ফোন	মেডিকাল রেকর্ড নম্বর
পিতা-মাতা/অভিভাবক	ফোন	বিকল্প ফোন
পিতা-মাতা/অভিভাবক/বিকল্প জরুরী যোগাযোগ	ফোন	বিকল্প ফোন

## হাঁপানির তীব্রতা নির্ণয়

মাঝে মাঝে  নিয়মিত  হালকা  মাঝারি  চরম

হাঁপানির ট্রিগার(যে বিষয়গুলি হাঁপানিকে আরও খারাপ করে)

ধোঁয়া  ঠাণ্ডা  ব্যায়াম  পশু-পাখি  ধূলিকণা  খাদ্য  
 আবহাওয়া  দুর্গন্ধ  পুষ্পরেণু  অন্যান্য \_\_\_\_\_

## সবুজ এলাকা: চালিয়ে যান!

এই সকল দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র (প্রতিরোধ) ওষুধপত্র প্রতিদিন গ্রহণ করুন

আপনি এই সকল লক্ষ্য করবেন:



- শ্বাসপ্রশ্বাস গ্রহণ করা সহজ
- কোন কাশি অথবা সাঁসাঁ শব্দে নিঃশ্বাস ফেলা নয়
- কাজ করতে এবং খেলতে পারবেন
- সমস্ত রাতে ঘুমাতে পারবেন

কোন দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র প্রয়োজন নেই

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধ(পত্র): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ পাক(গুলি) অথবা \_\_\_\_\_ ট্যাবলেট(গুলি) \_\_\_\_\_ প্রতিদিন গ্রহণ করুন।

ব্যায়ামের সঙ্গে হাঁপানির জন্য, যোগ করুন: \_\_\_\_\_, ব্যায়ামের পূর্বে \_\_\_\_\_ মিনিট অন্তর \_\_\_\_\_ পাক(গুলি)।

আপনার দৈনিক ইনহেলড ওষুধ ব্যবহারের পরে আপনার মুখ মুছে নিন।

## হলুদ এলাকা: সতর্কতা!

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র চালিয়ে যান এবং কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র যোগ করুন

আপনারিকি এগুলির যেকোনো একটি রয়েছে:



- কাশি অথবা হালকা সাঁসাঁ শব্দে নিঃশ্বাস
- বক্ষ শক্ত হয়ে যাওয়া
- শ্বাসকষ্ট
- ঘুম, কাজ, অথবা খেলতে সমস্যা

যদি অর্ডার করা হয় তাহলে দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র গ্রহণ করুন এবং যখন আপনার শ্বাসকষ্ট হয়, তবে কুইক-রিলিফ ওষুধ গ্রহণ করুন।

\_\_\_\_\_ ইনহেলার \_\_\_\_\_ mcg \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ পাক(গুলি) প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়। একটি পৃথককরণ ব্যবস্থা ব্যবহার করুন, কিছু শিশুদের মাস্ক প্রয়োজন হতে পারে।

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজার \_\_\_\_\_ মিগ্রা / \_\_\_\_\_ মিলি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজারের চিকিৎসা প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

অন্যান্য: \_\_\_\_\_ যদি কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র

\_\_\_\_\_ মিনিটের মধ্যে কাজ না করে, আবার গ্রহণ করুন এবং আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন যদি কুইক-রিলিফ ওষুধ \_\_\_\_\_

বারের বেশি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করা হয়, আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন যদি হলুদ এলাকাতে 24 ঘন্টার বেশি থাকে, তাহলে

আপনার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন।

## লাল এলাকা: জরুরী!

দৈনিক নিয়ন্ত্রণের ওষুধপত্র চালিয়ে যান এবং কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র এবং সাহায্য গ্রহণ করুন!

আপনার এগুলির যেকোনো একটি রয়েছে:



- শ্বাসকষ্ট
- ওষুধ কাজ করছে না
- শ্বাসপ্রশ্বাস দ্রুত এবং কঠিন
- নাক প্রশস্তভাবে খোলা, পঁজর দেখা যাচ্ছে, ভালোভাবে কথা বলতে পারবেন না
- চোঁট অথবা আঙ্গুলের নখ ধূসর কিংবা অস্পষ্ট

\_\_\_\_\_ ইনহেলার \_\_\_\_\_ mcg \_\_\_\_\_ পাক(গুলি) প্রতি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়। একটি পৃথককরণ ব্যবস্থা ব্যবহার করুন, কিছু শিশুদের মাস্ক প্রয়োজন হতে পারে।

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজার \_\_\_\_\_ মিগ্রা / \_\_\_\_\_ মিলি \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ নেবুলাইজারের চিকিৎসা প্রতি \_\_\_\_\_ ঘন্টায় গ্রহণ করুন, যদি প্রয়োজন হয়।

অন্যান্য: \_\_\_\_\_

কুইক-রিলিফ ওষুধপত্র পুনরায় দেওয়ার জন্য স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে কল করুন। যদি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর সঙ্গে যোগাযোগ করা না যায়, তাহলে এ্যাম্বুলেন্সের জন্য 911-এ কল করুন এবং সরাসরি জরুরী বিভাগে যান।

## স্কুলে সকল ওষুধপত্র ব্যবহারের জন্য অনুমতি প্রয়োজন

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অনুমতি: আমি লিখিতভাবে এই পরিকল্পনা অনুসরণ করার অনুরোধ করছি। এই পরিকল্পনা \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ শিক্ষা বর্ষের জন্য বৈধ।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের অনুমতি: আমি স্কুল নার্সকে এই পরিকল্পনার তালিকাভুক্ত ওষুধপত্র দেওয়ার জন্য অথবা প্রশিক্ষিত স্কুল কর্মীদের স্কুলে নার্স দ্বারা পর্যালোচনা করার পরে সেগুলি গ্রহণে সহায়তা করার জন্য সম্মতি প্রদান করছি। এই পরিকল্পনাটি স্কুলের কর্মীদের সঙ্গে শেয়ার করা যেতে পারে যিনি আমার সন্তানের যত্ন করেন।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

## ঐচ্ছিক স্বাধীনভাবে ওষুধপত্র বহন এবং স্কুলে ব্যবহারের ঐচ্ছিক অনুমতি

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহারের অনুমতি: আমি প্রত্যয়ন করছি যে এই শিক্ষার্থীটি আমার কাছে প্রমাণ করেছে যে, তারা এই উদ্ধারকৃত ওষুধটি কার্যকরভাবে স্ব-পরিচালনা করতে পারে এবং স্কুল কর্মীদের দ্বারা তদারকি না করে স্কুলে এই ওষুধটি স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহার করতে পারে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_

পিতা-মাতা/অভিভাবকদের স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহারের অনুমতি (যদি উপরে উল্লিখিত প্রোভাইডারের মাধ্যমে অর্ডার করা হয়): আমি সম্মত হয়েছি যে আমার সন্তান এই উদ্ধারকৃত ওষুধটি কার্যকরভাবে স্ব-পরিচালনা করতে পারে এবং স্কুলের কর্মীদের দ্বারা তদারকি না করে স্কুলে এই ওষুধটি স্বাধীনভাবে বহন এবং ব্যবহার করতে পারে।

স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ \_\_\_\_\_