

منسلکہ V  
ضابطہ 3-757

دوا کی معیاد  
ختم ہونے  
کی تاریخ:

پرنس ولیم کاؤنٹی پبلک سکولز ادویات دینے کا اجازت نامہ

طالبعلم/طالبہ کی معلومات: والد یا والدہ/سرپرست مکمل کریں  
طالبعلم/طالبہ: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ عمر: \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_  
سکول: \_\_\_\_\_ کیا طالبعلم/طالبہ یہ دوا پہلے سے لے رہا/رہی ہے؟  جی ہاں  جی نہیں  
اگر نہیں تو پہلی مکمل دوا گھر پر دی جانی چاہیے تاکہ سکول میں کسی منفی ردعمل کے خطرے کو کم کیا جا سکے۔ پہلی  
خوراک دی گئی؛ تاریخ: \_\_\_\_\_ وقت: \_\_\_\_\_

نسخہ جاتی دوا: صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا مکمل کرے (ہر دوا کے لیے ایک فارم)  
دوا کا نام: \_\_\_\_\_  
تشخیص/صورتحال جس کے لیے دوا دی جا رہی ہے: \_\_\_\_\_  
خوراک: \_\_\_\_\_ طریقہ کار: \_\_\_\_\_ دوا دینے کا وقت: \_\_\_\_\_  
وقت کی مدت:  تعلیمی سال  دیگر: \_\_\_\_\_  
ممکنہ مضر اثرات:  کسی کی توقع نہیں  وضاحت کریں: \_\_\_\_\_  
صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کے دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_  
صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی کا نام صاف صاف لکھیں/مہر \_\_\_\_\_  
صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی کا فون نمبر: \_\_\_\_\_ فیکس: \_\_\_\_\_  
صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے/والی کا پتہ: \_\_\_\_\_

بغیر نسخہ جاتی ادویات: والد یا والدہ/سرپرست مکمل کریں (ہر دوا کے لیے ایک فارم)  
دوا کا نام: \_\_\_\_\_  
دوا دینے کی وجہ: \_\_\_\_\_  
خوراک: \_\_\_\_\_ طریقہ کار: \_\_\_\_\_ دوا دینے کا وقت: \_\_\_\_\_  
وقت کی مدت:  تعلیمی سال  دیگر: \_\_\_\_\_  
ممکنہ مضر اثرات:  کسی کی توقع نہیں  وضاحت کریں: \_\_\_\_\_

والد یا والدہ/سرپرست کا اجازت نامہ  
میرے دستخط پرنسپل کے نامزد کردہ کو اجازت دیتے ہیں کہ وہ نسخہ جاتی/بغیر نسخہ جاتی ادویات دے سکتے ہیں اور پرنسپل  
کے نامزد کردہ کو اجازت دیتے ہیں کہ ضرورت پڑنے پر صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی سے رابطہ کر سکتے ہیں۔  
میں اس بات پر بھی اتفاق کرتا/کرتی ہوں کہ تعلیمی سال کے اختتام پر غیر استعمال شدہ دوا اٹھا لوں گا/گی۔ میں سمجھتا/سمجھتی  
ہوں کہ تعلیمی سال کے اختتام پر اٹھانی نہ جانے والی دوا کو ضائع کر دیا جائے گا۔ میں نے ضروری طریقہ کار پڑھ لیا ہے اور  
ذمہ داری سمجھ لی ہے۔  
والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

ہیلتھ آفس سٹاف مکمل کریں:  
وصول کی گئی دوا (مقدار/وضاحت): \_\_\_\_\_  
وصول کی گئی دوا: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ہیلتھ آفس سٹاف کے دستخط/تاریخ: \_\_\_\_\_ والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط/تاریخ: \_\_\_\_\_  
دوا واپس لے لی گئی: \_\_\_\_\_ والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_