

منسلکہ I
ضابطہ 4-757

دوا کی معیاد
ختم ہونے
کی تاریخ:

پرنس ولیم کاؤنٹی پبلک سکولز ادویات دینے کا اجازت نامہ

طالب علم/طالبہ کی معلومات: والد یا والدہ/سرپرست مکمل کریں	
طالب علم/طالبہ:	تاریخ پیدائش: _____ عمر: _____ گریڈ: _____
سکول: _____	کیا طالب علم/طالبہ یہ دوا پہلے سے لے رہا/رہی ہے؟ <input type="checkbox"/> 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: _____	
صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کی تجویز کردہ 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: <input type="checkbox"/> تعلیمی سال <input type="checkbox"/> دیگر: _____	
ممکنہ مضر اثرات: <input type="checkbox"/> کسی کی توقع نہیں <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> تعلیمی سال <input type="checkbox"/> دیگر: _____	
ممکنہ مضر اثرات: <input type="checkbox"/> کسی کی توقع نہیں <input type="checkbox"/> 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 اٹھائی نہ جانے والی دوا کو ضائع کر دیا جائے گا۔ میں نے ضروری طریقہ کار پڑھ لیے ہیں اور ذمہ داری سمجھ لی ہے۔	
والد یا والدہ/سرپرست کے دستخط: _____ تاریخ: _____	
ہیلتھ آفس سٹاف مکمل کرے گا:	
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: _____	

