

ការប្រើប្រាស់សេវាសុខភាពនៅសាលា/ SCHOOL HEALTH SERVICES

ការស្នើសុំដើម្បីប្រើប្រាស់ ឬប្រើប្រាស់ស្រូបខ្យល់ ឬឧបករណ៍ផ្សេងៗ នៅសាលា/ REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION OR
USE OF SUCTION, OXYGEN OR OTHER EQUIPMENT IN SCHOOL

(សូមមើលសារទៅកាន់ វេជ្ជបណ្ឌិត និងមាតាបិតា នៅខាងក្រោយលិខិតនេះ / Please see message to physician and parent on back of form) Physician, Please note: Fill in all of the spaces. Missing information will cause the form to be returned to you. This will cause a delay in your patient receiving medication/treatment. A separate request is needed for each medication.				ជូនចំពោះនាយកសាលា៖	
ឈ្មោះអ្នកជំងឺ/សិស្ស/Name of patient/student		អាសយដ្ឋាន/លេខតំបន់/Address/Zip		បន្ទប់/លេខសៀវភៅ/Room/book No.	
ថ្ងៃកំណើត/DOB	សាលា/School/លេខ ORG.	ការិយាល័យប្រចាំតំបន់/Regional Office		PID	
រោគវិនិច្ឆ័យ/Diagnosis:					
មូលហេតុដែលត្រូវឱ្យថ្នាំនៅសាលា/Reason medication must be given in school: _____					
ឈ្មោះ ថ្នាំ/បរិក្ខារ/ការព្យាបាល/Name of medication/equipment/treatment:				ចំនួន/Dose	
ម៉ោងត្រូវឱ្យថ្នាំនៅសាលា/Time(s) to be given in school:				ចំនួនសរុបក្នុង២៤ម៉ោង/Total dosage per 24 hrs.	
ថ្ងៃចាប់ផ្តើមលេប/Date begin:				ថ្ងៃឈប់លេប/Date end:	
ការណែនាំសម្រាប់ ការឱ្យថ្នាំ/ការប្រើ/Instruction for administration/utilization: _____					
ការណែនាំប្រាប់/Contraindications: _____					
ថ្នាំធ្វើឱ្យមានផ្តល់ផ្ទុះ/Side effects: _____					
ការព្យាបាលពេលថ្នាំធ្វើឱ្យមានផ្តល់ផ្ទុះ/សកម្មភាពដែលត្រូវធ្វើ/Treatment of side effects/action to be taken: _____					
តើមានកម្រិតលើសកម្មភាពចាំបាច់អ្វីមួយឬទេ?/Is any restriction on activity necessary? ____ មាន/Yes ____ គ្មាន/No					
បើមាន សូមរៀបរាប់/If yes, describe: _____					
តើសិស្សលេបថ្នាំផ្សេងទៀតឬទេ?/Is student taking any other medication? ____ លេប/Yes ____ មិនលេប/No					
បើលេប ឈ្មោះថ្នាំ/If yes, name of medications _____					
តើក្រុមគ្រួសាររបស់ក្មេងទុកបរិក្ខារដែលស្រដៀងគ្នានៅផ្ទះឬទេ?/Is similar equipment kept by the child's family at home? ____ ទុក/Yes ____ មិនទុក/No					
សរសេរឈ្មោះ អ្នកព្យាបាល/អ្នកមានសមត្ថភាពព្យាបាល/Print name of health care provider/credentials				ទូរស័ព្ទទ/Telephone	
អាសយដ្ឋាន/Address				ទូរស័ព្ទសម្រាប់ពេលមានអាសន្ន/Emergency number	
ហត្ថលេខារបស់អ្នកព្យាបាល/Signature of health care provider				ថ្ងៃចុះហត្ថលេខា/Date signed	
<p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបុគ្គលិកសាលាម្នាក់ឱ្យថ្នាំដែលបានបញ្ជាក់ ឬប្រើបរិក្ខារ ឬ ម៉ាស៊ីនដែលអ្នកព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំបានចេញសំបុត្រឱ្យ ហត្ថលេខារបស់គាត់មាននៅលើលិខិតនេះ។</p> <p>កូនរបស់ខ្ញុំអាច លេបថ្នាំ/ប្រើបរិក្ខារ តាមការសម្រេចរបស់គិលានុបដ្ឋាកសាលា ដែលសមរម្យ។</p> <p>ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគិលានុបដ្ឋាកសាលាទាក់ទងជាមួយអ្នកព្យាបាលរបស់កូនខ្ញុំ និងអ្នកព្យាបាលរបស់ខ្ញុំឱ្យឆ្លើយតបតាមត្រូវការ ចំពោះថ្នាំ/បរិក្ខារនេះ និង/ឬ ចម្លើយរបស់កូនខ្ញុំ។</p> <p>To the Principal</p> <p>I authorize selected school personnel to administer the indicated medication, or to use the equipment or machinery as prescribed by my child's healthcare provider, whose signature appears on this form.</p> <p>My child may self-administer medication/equipment as determined appropriate by the school nurse.</p> <p>I authorize the school nurse to communicate with my child's healthcare provider, and my health care provider to reply, as needed regarding this medication/equipment and/or my child's response.</p> <p>_____ ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា/Parent signature ទូរស័ព្ទ/Telephone</p> <p>ថ្ងៃចុះហត្ថលេខា/Date signed ទូរស័ព្ទពេលមានអាសន្ន/Emergency number</p> <p>យោងទៅតាមនីតិវិធីរបស់ក្រសួងអប់រំបច្ចុប្បន្ន ការឱ្យថ្នាំនេះបានយល់ព្រមនៅថ្ងៃនេះ/In accordance with current school district procedure, the administration of this medication was approved on:</p> <p>_____ ថ្ងៃខែ/Date</p> <p>(ទុកនៅសាលា/Retain in school)</p> <p>(ហត្ថលេខារបស់គិលានុបដ្ឋាកសាលា/Signature of School Nurse) _____</p> <p>(ទូរស័ព្ទរបស់គិលានុបដ្ឋាកសាលា/Telephone of School Nurse) _____</p>					

To the physician

Your patient has requested that medication or equipment be utilized in school. Ideally, the administration of medication or utilization of equipment should take place at home. However, for students who require medication/treatment during the school day in order to function in the classroom, School District Policy does permit selected school staff to administer medication. In some cases, students may self-administer their medication.

School District Policy also permits the use of equipment/machinery in those instances where similar equipment is kept by the child's family at home, and such equipment/machinery is necessary in order to enable the student to function in the classroom. Instruction for use and precautions should be spelled out in detail.

(If your patient's medication or treatment schedule cannot be altered so that all are received at home, please complete the request on the reverse side-a separate request is required for each medication or treatment).

When the medication/treatment prescribed exceeds or differs from that approved by the FDA or recommended by the manufacturer, you and the child's parent will be required to submit written detailed information to the School Nurse. This must include a list of side effects and confirmation that all side-effects have been explained to and are understood by the parent. Any particularly dangerous conditions being experienced by the child should be spelled out in detail, with the procedure to follow should a reaction occur.

Please fill in all of the spaces. Missing information will cause the form to be returned to you. This will cause a delay in your patient receiving medication/treatment.

Thank you.

School Health Services

ជូនចំពោះ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល៖

ក្មេងខ្លះត្រូវការថ្នាំ ឬបរិក្ខារពិសេស ដើម្បីអាចរៀននៅក្នុងថ្នាក់។ ល្អបំផុត អ្វីៗទាំងនេះគួរធ្វើនៅផ្ទះ។ បើសិនជាពេលឲ្យថ្នាំ/បរិក្ខារពេទ្យ របស់កូនលោកអ្នកមិនអាចផ្លាស់ប្តូរដើម្បីអាចឲ្យអ្វីៗគ្រប់យ៉ាងនៅផ្ទះបាន លោកអ្នកអាចស្នើសុំឲ្យគេឲ្យនៅសាលា ដោយជួបជាមួយគិលានុបដ្ឋាកសាលា ឬនាយកសាលា។

ពេលណាថ្នាំ/ការព្យាបាល ដែលបានចេញឲ្យកូនលោកអ្នក លើស ឬ ខុស ពីចំនួនដែលបានយល់ព្រមដោយ ក្រសួងទទួលបន្ទុកផ្នែក ម្ហូបអាហារនិងឱសថ ប្រចាំប្រទេស (FDA) ឬរោងចក្រ គេនឹងតម្រូវឲ្យលោកអ្នក និងអ្នកព្យាបាលរបស់លោកអ្នក ផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមតាមការសរសេរជាលាយលក្ខណ៍អក្សរទៅគិលានុបដ្ឋាកសាលា មុនពេលមានការយល់ព្រម។

ពេលណាសំណើបានយល់ព្រមដោយគិលានុបដ្ឋាកសាលាហើយ គេនឹងតម្រូវឲ្យលោកអ្នកយកថ្នាំដែលមានផ្លាកត្រឹមត្រូវមកសាលា ហើយដាក់ឲ្យដោយឱសថការីដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ។ ដបថ្នាំត្រូវមាន គម្របដែលមានគន្លឹះបិទ(Saf-T-Closure Cap) ហើយត្រូវមានផ្លាកភ្ជាប់មកជាមួយ។

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------|---|
| -ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ | -ថ្ងៃខែចេញសំបុត្រទិញថ្នាំ (បច្ចុប្បន្ន) | -ឈ្មោះឱសថស្ថាន | -ឈ្មោះថ្នាំ ចំនួនថ្នាំ ថ្ងៃផុតពេលអាចប្រើ (បើជាប់ទាក់ទង) |
| -អាស័យដ្ឋានរបស់ឱសថស្ថាន និងទូរស័ព្ទ | -ការណែនាំ | -លេខសំបុត្រទិញថ្នាំ | -ឈ្មោះមន្ទីរព្យាបាលដែលចេញសំបុត្រទិញថ្នាំ |

សម្រាប់បរិក្ខារពិសេស ការបម្រើនៅសាលានឹងត្រូវផ្តល់ឲ្យ បើលោកអ្នកមានបរិក្ខារនោះនៅផ្ទះលោកអ្នកដែរ។ លោកអ្នកត្រូវផ្តល់បរិក្ខារ ព្រមទាំងការជួសជុល និងដូរវា ពេលណាចាំបាច់។ ក្រោយពេលដែលសំណើបានយល់ព្រមហើយ គេនឹងសុំឲ្យលោកអ្នកយកបរិក្ខារមកសាលា ហើយបង្ហាញការប្រើប្រាស់ដល់បុគ្គលិកសាលាដែលគេបានជ្រើសរើស។ ត្រូវមានការណែនាំពីការប្រើប្រាស់មកជាមួយបរិក្ខារនេះផងដែរ។ វិធីនេះត្រូវធ្វើម្តងហើយម្តងទៀតរៀងរាល់ឆ្នាំ និង/ឬ រាល់ពេលផ្លាស់ប្តូរចំនួនថ្នាំ។

បើកូនលោកអ្នកយកថ្នាំមកសាលា រួមទាំងថ្នាំដែលមិនត្រូវការសំបុត្រទិញពីវេជ្ជបណ្ឌិត និងលេបខ្លួនឯង លោកអ្នកគួរជម្រាបនាយកសាលាថាវាជាអ្វី និងសម្រាប់អ្វី។ មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល ត្រូវតែមកយកថ្នាំដែលមិនបានប្រើ ឬផុតកំណត់ពេលប្រើ ដោយផ្ទាល់ ឬបញ្ជូនមនុស្សពេញវ័យដែលមានការទទួលខុសត្រូវម្នាក់ដែលមានលិខិតអនុញ្ញាតពីលោកអ្នក។

គេនឹងកំទេចចោល/បោះចោល ថ្នាំដែលមិនបានប្រើដែលមិនមកក្នុងកំឡុងពេល៩០ថ្ងៃ ឬថ្ងៃចុងក្រោយបង្អស់របស់សាលា។ បើសិនជាលោកអ្នកមានសំណួរអ្វីអំពីវិធីនេះ សូមទាក់ទងគិលានុបដ្ឋាកសាលា ឬនាយកសាលា។ សូមអរគុណ។

ដើម្បីជ្រាបពីឯកសារដែលបានបកប្រែ និងព័ត៌មានបន្ថែម ជាភាសាខ្មែរ សូមមើលក្នុងរ៉ូបសៃ៖ www.philasd.org/language/khmer