

मैरीलैंड राज्य शिक्षा विभाग (MARYLAND STATE DEPARTMENT OF EDUCATION)

बाल देखभाल कार्यालय (OFFICE OF CHILD CARE)

दवाएं देने के लिए अधिकरण फॉर्म (MEDICATION ADMINISTRATION AUTHORIZATION FORM)

चाइल्ड केयर प्रोग्राम: _____

चाइल्ड केयर प्रदाता और कर्मचारी आवश्यक दवा दे सकें इसके लिए यह फॉर्म पूरा किया गया होना चाहिए। हर 12 महीनों की अवधि की शुरुआत में एक नया दवाएं देने के लिए अधिकरण फॉर्म भरा जाना चाहिए, और हर उस बार भी, जब किसी दवा के डोज या उसे देने के समय में परिवर्तन हो।

- प्रिस्क्रिप्शन से मिलने वाली दवाएं फार्मासिस्ट या प्रिस्क्रिप्शन लिखकर देने वाले व्यक्ति के द्वारा लेबल किये हुए पात्र में होनी चाहिए।
- बिन प्रिस्क्रिप्शन की दवा उसके मूल पात्र में होनी चाहिए और लेबल यथावत् होना चाहिए।
- मातापिता/अभिभावक को दवा फेसिलिटी में लानी चाहिए।
- अधिकृत अवधि के बाद दवा वापस ले लेनी आवश्यक है वरना उसे फेंक दिया जाएगा।

बच्चे की तस्वीर (अनिवार्य नहीं)

प्रिस्क्रिप्शन लिखने वाले व्यक्ति की अधिकृति

बच्चे का नाम: _____ जन्म तिथि: _____

जिस स्थिति के लिए दवा दी जा रही है वह: _____

दवा का नाम: _____ खुराक: _____ तरीका: _____

देने का समय/बारंबारता: _____ यदि PRN हो, तो बारंबारता: _____

(PRN=आवश्यकतानुसार)

यदि PRN हो, तो किन लक्षणों के लिए: _____

संभावित दुष्प्रभाव और विशेष निर्देश: _____

दवा इस तिथि से दी जाएगी: _____ इस तिथि तक _____

महीना /दिन / वर्ष

महीना /दिन / वर्ष (1 वर्ष से अधिक नहीं होना चाहिए)

जात आहार या औषधि से एलर्जी है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो कृपया समझाएं _____

प्रिस्क्राइब करने वाले व्यक्ति का नाम/पद: _____

(टाइप या प्रिंट करें)

टेलीफोन: _____ फैक्स: _____

पता: _____

प्रिस्क्राइब करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

(केवल मूल हस्ताक्षर या हस्ताक्षर का स्टैम्प)

इस स्थान का उपयोग प्रिस्क्राइब करने वाले व्यक्ति के पते वाले स्टैम्प के लिए करें

मातापिता/अभिभावक की अधिकृति

मैं/हम अधिकृत चाइल्ड केयर प्रदाता/कर्मचारी को ऊपर प्रिस्क्राइब करने वाले द्वारा लिख कर दिए गए अनुसार दवा देने के लिए अनुरोध करते हैं। मैं पुष्टि करता/करती हूँ कि मैंने अपने बच्चे को बिना किसी प्रतिकूल प्रभाव के इस दवा की कम से कम एक खुराक दी है। मैं/हम प्रमाणित करता/करती हूँ/करते हैं कि मेरे/हमारे पास इसका विधिपूर्वक अधिकार है, हम जोखिम को समझते हैं और ऊपर नामित बच्चे के लिए चिकित्सा उपचार की अनुमति देते हैं, जिसमें दवा देना शामिल है। मैं विशेष निर्देशों की समीक्षा करके चाइल्ड केयर प्रदाता को दवा देने की प्रक्रिया दिखाने के लिए सहमत होता/होती हूँ।

मातापिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ तिथि: _____

घर का फोन #: _____ सेल फोन #: _____ कार्यस्थल का फोन #: _____

स्वयं आपात स्थिति दवा ले जाने/ स्वयं लेने की अधिकृति/स्वीकृति

(केवल स्कूल जाने की आयु वाले बच्चों को स्वयं दवा ले जाने/स्वयं लेने की अधिकृति दी जा सकती है।)

प्रिस्क्राइब करने वाले व्यक्ति के द्वारा ऊपर नोट की हुई आपात स्थिति दवा स्वयं ले जाने/स्वयं लेने की अधिकृति दी जा सकती है।

प्रिस्क्राइब करने वाले व्यक्ति की अधिकृति: _____

हस्ताक्षर

तिथि

मातापिता द्वारा स्वीकृति: _____

हस्ताक्षर

तिथि

फेसिलिटी रसीद और समीक्षा

दवा इनसे प्राप्त की गई: _____ तिथि: _____

विशेष स्वास्थ्य देखभाल योजना प्राप्त हुई: हाँ नहीं

दवा इनके द्वारा प्राप्त की गई थी: _____

दवा प्राप्त करने वाले व्यक्ति और फॉर्म की समीक्षा करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर

तिथि

