Community Health Network

[SCHOOL DISTRICT]

မူကြိုမှ 8 တန်း အထိတက်ရောက်နေသည့် <u>ကျောင်းသားကို</u>
<u>စာသင်ရက်အတောအတွင်း</u> ဆေးဝါးပေးရန်အတွက်တောင်းဆိုချက်
2026-2027 ခုနှစ်

____ ကျောင်းသား၏မွေးသက္ကရာဇ် - _________/__________/________

ကျောင်းသား၏အမည် (ကျေးဇူးပြု၍စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးပါ) လ ရက် နှစ်

ကျောင်းသားတစ်ဦးသည် ဆေးသောက်ရန် သို့မဟုတ် စာသင်ရက်အတော အတွင်း ဆေးကုသမှုခံယူရန်လိုအပ်ပါက မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူသည် ဤတောင်းဆိုချက်ဖောင်ကို ဖြည့်ရမည်ဖြစ်ပြီး စာသင်ကျောင်းရှိသူနာပြု၏ ရုံးခန်းတွင် ၎င်းဖောင်ကိုတင်သွင်းရမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဆေးဝါး သို့မဟုတ် ဆေးကုသမှုကို ဆရာဝန်မှ ညွှန်းထားပါက မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူသည် တောင်းဆိုချက်နှင့်အ တူ ကလေးဆရာဝန်ထံမှစာဖြင့် ရေးသားထားသည့်ဆေးစာတစ်စောင် သို့မဟုတ် လက်ရှိဝယ်ယူနေသည့် ဆေးဆိုင်မှဆေးအညွှန်းစာရွက်ကို ပေးရပါ မည်။ ကျောင်းသားကို ပေးကောင်းပေးထားနိုင်သည့် ဆေးနမူနာများ သို့မဟုတ် အသက် <u>ဆယ့်နှစ်နှစ်အောက် ကလေးများအတွက် ထောက်ခံချက်မပေးထား သည့် ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်မည်သည့်ဆေးအတွက်မဆို</u> ဆရာဝန်၏ ခွင့်ပြုချက်စာလည်း လိုအပ်ပါသည်။

ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့် အခြားဆေးအားလုံးသည် ကျောင်းသား၏ အမည်နှင့် မွေးသက္ကရာဇ်ဖြင့်ရေးကပ်ထားသည့် မူရင်း ဆေးဘူးထဲတွင် ရှိ ရပါမည်။ ဆရာဝန်တစ်ဦးမှသောက်သုံးရန်ခွင့်ပြုထားသည့်ဆေးဝါးများမှလွဲပြီး ကောင် တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးအားလုံးအတွက် ဆေးဆိုင်တံဆိပ်ပါ ညွှန်ကြားချက်များအတိုင်း လိုက်နာဆောင်ရွက်ရမည်ဖြစ်ပါသည်။

<u>မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏ တရားဝင်ခွင့်ပြုချက်</u>

အောက်တွင်ဖော်ပြထားသောဆေးဝါးအား စာသင်ရက်အတောအတွင်း သတ် မှတ်ထားသောအချိန်များတွင် ကျွန်ုပ်၏ ကလေး/အုပ်ထိန်းခံကလေးကို ပေး ပေးရန်အတွက် ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုအပ်ပါသည်။ ၎င်း၏မူရင်းဆေးဘူးတွင်ထည့်ထားသည့်ဆေးဝါး သို့မဟုတ် ဆေးညွှန်း စာပါရှိသည့်လက်ရှိ သုံးနေသောဆေးပုလင်းကို သူနာပြုအား ကျွန်ုပ်ပေးမည် ဖြစ်ပါသည်။

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူတစ်ဦးသည် စာသင်ကျောင်းသို့လာရောက်၍ ဆေး ဝါးအားလုံးကို လာပို့ထားရမည်ဖြစ်ပြီး စာသင်ကျောင်းမှနေ၍ ၎င်းဆေးဝါးအားလုံး ကိုပြန်သယ်သွားရမည်ဆိုသည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ ဆေးဝါးများကို စာသင်ရက်နောက်ဆုံးနေ့မတိုင်မီ လာယူသွားရပါမည် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများကိုလွှင့်ပစ်မည်ဖြစ်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ကလေးတွင် ဆေးဝါး (၇) မျိုးထက် ပိုရှိနေပါက ဤဆေးဝါးများအ တွက် နောက်ထပ်ဖောင်တစ်ခုကို ဖြည့်ရမည်ဆိုသည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်သ ဘောပေါက်ပါသည်။ ဤတောင်းဆိုချက်သည် စာသင်နှစ်တစ်နှစ်အတွက်သာ အကျိုးသက်ရောက်မှုရှိပြီး ၎င်း တောင်းဆိုချက်ကို နှစ်စဉ်အသစ်ပြုလုပ်ရမည် သို့မဟုတ် ဆေးဝါးအပြောင်းအလဲရှိသည့်အခါတိုင်းတွင် အသစ်လဲရမည်။

လုပ်ပိုင်ခွင့်ရထားသော ဝန်ထမ်းအဖွဲ့ဝင်များကသာလျှင် ကျွန်ုပ်၏ကလေးကို ဆေးဝါး(များ)ပေးမည်ဖြစ်ပြီး စာသင်ကျောင်းရှိသူနာပြု ဆေးခန်းအတွင်းရှိ လုံခြုံစိတ်ချရသောနေရာတစ်နေရာတွင် ၎င်းဆေးဝါးများကိုသိမ်းဆည်းထားရှိ မည်ဆိုသည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည် သဘောပေါက်ပါသည်။

အအေးခန်းတွင်ထားရှိရန်လိုအပ်သောဆေးဝါးအတွက် ကျွန်ုပ်၏ကျောင်းသား ၏ဆေးဝါးကို ကျောင်းဆေးခန်းတွင် သိုလှောင်သိမ်း ဆည်းထားရှိထားစဉ် ကျောင်းအဖွဲ့အစည်း နှင့် Community Health Network သည် ဆေးဝါး များ၏ အာနိသင်ကို ဆုံးရှုံးနိုင်စေမည့် အပူချိန်ပြောင်းလဲမှုအတွက် တာဝန်ရှိ သည်ဟုမယူဆကြောင်းကို ကျွန်ုပ်လက်ခံပါသည်။ ဆေးဝါးအစားထိုးလဲလှယ်မှုအတွက် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူမှ တာဝန်ယူရမည်ဖြစ်ပါ သည်။ စာသင်ရက်များတွင် ရေခဲသေတ္တာအပူချိန်များကို နေ့စဉ်စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးရ မည်ဖြစ်ပါသည်။

ကျေးဇူးပြု၍ စာသင်နှစ်အတောအတွင်းနှင့် သက်ဆိုင်သောအခါ နွေရာသီကျောင်းတက်ချိန်အတောအတွင်း သင်ခွင့်ပြု ချက်ပေးထားသည့်ဆေးဝါး(များ)အားလုံးကို စာသင်ကျောင်းရှိသူနာပြုမှပေးနိုင် ရန်အတွက် နောက်စာမျက်နှာရှိ ဇယားကွက်ကိုဖြည့်ပေးပါ။

[SCHOOL DISTRICT]

မူကြိုမှ 8 တန်း အထိတက်ရောက်နေသည့် ကျောင်းသားကို စာသင်ရက်အတောအတွင်း ဆေးဝါးပေးရန်အတွက်တောင်းဆိုချက်

2026-2027 ခုနှစ်

________________________________ ကျောင်းသား၏မွေးသက္ကရာဇ် - ________/_________/_______

ကျောင်းသား၏အမည် (ကျေးဇူးပြု၍စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးပါ) လ ရက် နှစ်

ဆေးဝါးအမည် Medication Name	ဆေးစာ သို့မဟုတ် ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေး Prescription or Over the Counter	ဆေးဝါးပေးရမည့်နေ့ရက်များ Days Medication is to be Given	ဆေးဝါးပေးရမည့်အချိန်(များ) Time(s) to Administer Medication	ပေးရမည့်ဆေးဝါးပမာဏ Amount of Medication to be Given	ဆေးဝါး(များ)ပေးရသည့်အကြောင်းရင်းနှင့်အထူးညွှန်ကြားချက်များ Reason for Medication(s) and Special instructions	Start Date / End Date
	□ ဆေးစာ (Rx) □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး (OTC)		_______ AM _______ PM			
	□ ဆေးစာ □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_______ AM _______ PM			
	□ ဆေးစာ □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_______ AM _______ PM			
	□ ဆေးစာ □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_______ AM _______ PM			
	□ ဆေးစာ □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_______ AM _______ PM			
	□ ဆေးစာ □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_______ AM _______ PM			
	□ ဆေးစာ □ ကောင်တာတွင်ပင်ဝယ်ယူနိုင်သည့်ဆေးဝါး		_______ AM _______ PM			

________________________________ ________________________

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် ရက်စွဲ

________________________________ /

နာမည်အပြည့်အစုံ (စာလုံးကြီးဖြင့်) ပထမဦးစားပေးဖုန်းနံပါတ်# / ဒုတိယဦးစားပေးဖုန်းနံပါတ်#