

# विद्यालय र बाल स्याहार सेटिङ्हरूका लागि COLORADO दम स्याहार योजना र औषधि आदेश\*

## आमाबुवा/अभिभावकले भर्नुहोस् र हस्ताक्षर गरेर मिति लेख्नुहोस्:

बच्चाको नाम: \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_\_

विद्यालय: \_\_\_\_\_ ग्रेड: \_\_\_\_\_

आमाबुवा/अभिभावकको नाम: \_\_\_\_\_ फोन: \_\_\_\_\_

मैले यस स्याहार योजना स्वीकार गर्छु र विद्यालयको कर्मचारीलाई यस जानकारी साझा गर्ने, यस योजना पालना गर्ने, मेरो बच्चा/युवाका लागि औषधि र स्याहार प्रबन्ध गर्ने र आवश्यक ठानिएमा हाम्रो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई सम्पर्क गर्ने अनुमति दिन्छु। मैले विद्यालय/कार्यक्रमले तोकेको, म्याद समाप्त नभएको औषधि र आपूर्तिहरू (जस्तै स्पेसर) उपलब्ध गराउने र लागूयोग्य भएमा बोर्ड नीतिहरूको पालना गर्ने जिम्मेवारी लिन्छु। **म छिटै आराम दिने इन्हेलर विद्यालयमा नभएमा र मेरो बच्चा/युवालाई लक्षणहरू देखापरेमा 911 मा कल गर्न सकिन्छ** भन्ने कुरामा जानकारी छ।

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

## स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले सबै विवरणहरू भर्नुहोस् र हस्ताक्षर गरेर मिति लेख्नुहोस्:

छिटै आराम दिने औषधि:  Albuterol (अल्बुटेरोल)  अन्य: \_\_\_\_\_

सामान्य साइड इफेक्टहरू:  हृदय गति, ट्रेमर  इन्हेलरका साथ स्पेसर प्रयोग गर्नुहोस् (MDI) घरमा प्रयोग गरिने नियन्त्रक औषधि: \_\_\_\_\_

ट्रिगरहरू:  मौसम  बिरामी  व्यायाम  धुवाँ  धुलो  पराग  खराब वायु गुणस्तर  अन्य: \_\_\_\_\_

जीवनलाई खतरामा पार्ने एलर्जीहरू उल्लेख गर्नुहोस्: \_\_\_\_\_

छिटै आराम दिने इन्हेलरको व्यवस्था: कसैको सहायतामा वा आफैँ बोकने

विद्यार्थीलाई इन्हेलर प्रयोग गर्न निरीक्षण वा सहायता चाहिन्छ। विद्यार्थीले आफैँ इन्हेलर बोकने छैनन्।

विद्यार्थीले दमको औषधिको उचित प्रयोगका बारेमा बुझ्दछन् र मेरो विचारमा, इन्हेलर आफैँ बोकन सक्छन् र विद्यालयमा विद्यालय नर्सको स्वीकृत लिएर र करार पूरा गरेर स्वतन्त्र रूपमा आफ्नो इन्हेलर प्रयोग गर्न सक्छन्।

तपाईंले यसलाई हेर्नुहुन्छ भने:	यसो गर्नुहोस्:
<p><b>हरियो क्षेत्र:</b> लक्षणहरूको पूर्व उपचार छैन</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>हाल कुनै पनि लक्षणहरू छैनन्</li> <li>कठिन प्रयास सक्रिय योजना</li> </ul>	<p>कडा सक्रियता लागि पूर्व उपचार, कृपया एउटा छनोट गर्नुहोस्:</p> <p><input type="checkbox"/> आवश्यक छैन वा <input type="checkbox"/> विद्यार्थी/अभिभावक अनुरोध वा <input type="checkbox"/> नियमित रूपमा सक्रिय हुनुभन्दा 10-15 मिनेट अघि <b>छिटै आराम दिने औषधि</b> दिनुहोस्: <input type="checkbox"/> 2 पफ <input type="checkbox"/> अतिरिक्त शारीरिक गतिविधिका लागि आवश्यक भएमा 4 घण्टामा 4 पफ दोहोर्याउनुहोस्। <b>बच्चा/युवालाई हाल लक्षणहरू देखापरेको छ भने, पहिलो वा रातो क्षेत्र फर्काउनुहोस्।</b></p>
<p><b>पहेलो क्षेत्र:</b> मध्यम खालका लक्षणहरू</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>श्वासप्रश्वासमा समस्या हुने</li> <li>स्वाँ-स्वाँ हुने</li> <li>बारम्बार खोकी लाग्ने</li> <li>छाती कसिलो हुने</li> <li>क्रियाकलापहरू गर्न नसक्ने</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>छिटै आराम दिने औषधि</b> दिनुहोस्: <input type="checkbox"/> 2 पफ <input type="checkbox"/> 4 पफ</li> <li>2. बच्चा/युवासँग बस्नुहोस् र बसाइको स्थिति कायम राख्नुहोस्।</li> <li>3. 15 मिनेटमा सुधार नभएमा <b>छिटै आराम दिने औषधि</b> दोहोर्याउनुहोस्: <input type="checkbox"/> 2 पफ <input type="checkbox"/> 4 पफ <b>लक्षणहरू सुधार नभएमा वा खराब भएमा, रातो क्षेत्र पालना गर्नुहोस्।</b></li> <li>4. एकपटक लक्षणहरूमा सुधार आएपछि बच्चा/युवा सामान्य क्रियाकलापमा जान सक्छन्।</li> <li>5. आमाबुवा/अभिभावक र विद्यालय नर्सलाई सूचित गर्नुहोस्।</li> </ol>
<p><b>रातो क्षेत्र:</b> भायस्कान्तिन गम्भीर लक्षणहरू</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>लगातार खोकी लाग्ने</li> <li>श्वास फेर्नमा कठिनाइ हुने</li> <li>बोल्नमा कठिनाइ हुने (केवल 3-5 शब्दहरू मात्र बोल्ने)</li> <li>छाती र/वा घाँटीको छाला सास फेर्ने भित्र तान्निने</li> <li>ओठ/औँलाको नङ खैरो/नीलो हुने</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>छिटै आराम दिने औषधि</b> दिनुहोस्: <input type="checkbox"/> 2 पफ <input type="checkbox"/> 4 पफ <b>विद्यार्थीको जीवनलाई खतरामा पार्ने एलर्जी भएमा एनाफिलेक्सिस हेरचाह योजनामा जानुहोस्। एनाफिलेक्सिस हेरचाह योजना नभएमा एनाफिलेक्सिसका लागि आपतकालीन मार्गदर्शन पालना गर्नुहोस्।</b></li> <li>2. 911 मा कल गर्नुहोस् र कल गर्नुको कारण EMS सूचित गर्नुहोस्।</li> <li>3. सुधार नभएमा <b>छिटै आराम दिने औषधि</b> दोहोर्याउनुहोस्: <input type="checkbox"/> 2 पफ <input type="checkbox"/> 4 पफ EMS नआउँदासम्म प्रत्येक 5-15 मिनेटमा दोहोर्याउन सक्नुहुन्छ।</li> <li>4. बच्चा/युवासँग बस्नुहोस्। शान्त रहनुहोस्, ढिलो, गहिरो सास फेर्न प्रोत्साहन गर्नुहोस्।</li> <li>5. आमाबुवा/अभिभावक र विद्यालय नर्सलाई सूचित गर्नुहोस्।</li> </ol>

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ प्रदायकको पूरा नाम \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

डिस्ट्रिक्ट नीतिमा निर्दिष्ट नभएसम्म 12 महिनाका लागि राम्रो।

फ्याक्स \_\_\_\_\_ फोन \_\_\_\_\_ इमेल \_\_\_\_\_

विद्यालय नर्स/CCHC को हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ मिति \_\_\_\_\_

आफैँ बोकने करार दायर गर्नुहोस्।  एनाफिलेक्सिस pl जीवनलाई खतरामा पार्ने एलर्जीका लागि दायर: