



# MEDICATION AUTHORIZATION Release and Indemnification Agreement

Please read information and procedures on reverse side.

Please use a separate form for each medication.

## PART I: PARENT OR GUARDIAN TO COMPLETE

I hereby authorize Arlington County's Department of Human Services (DHS)/School Health Bureau and Arlington Public Schools personnel, including unlicensed persons, to give the medication described below as directed by this authorization. I agree to release, indemnify, and hold harmless Arlington Public Schools, Arlington Department of Human Services/School Health Bureau, Arlington County, and any of its officers, staff members, or agents from any lawsuit, claim, expense, demand, or action, etc., against them arising out of or in connection with assisting this student by administration of this medication to him/her as requested by the parents, including any adverse effects to the medication. I acknowledge that this student has no contraindications, including allergies, to this medication. I have read the "Parent Information about Medication Administration at School" on the reverse side and assume the responsibilities as set forth.

|  |                       |               |
|--|-----------------------|---------------|
| <b>Student Name</b> (Last, First, Middle): | <b>Date of Birth:</b> | <b>Grade:</b> |
|--|-----------------------|---------------|

|                             |                |  |
|-----------------------------|----------------|--|
| <b>Teacher (Last Name):</b> | <b>School:</b> | <b>Attends Extended Day?</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|----------------|--|

Has the student taken this medication before?  Yes  No  
 (If NO, the first full dose must be given at home to ensure that the student does not have a negative reaction.)

First dose was given: Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

|                            |                    |       |
|----------------------------|--------------------|-------|
| Parent/Guardian Signature: | Daytime Telephone: | Date: |
|----------------------------|--------------------|-------|

## PART II: PARENT/GUARDIAN MAY COMPLETE THIS SECTION, WITHOUT A PHYSICIAN'S SIGNATURE, FOR ANY NON-PRESCRIPTION MEDICATION THAT MEETS THE CRITERIA LISTED IN SECTION #2 ON THE REVERSE. • PHYSICIAN MUST COMPLETE THIS SECTION FOR ANY PRESCRIPTION MEDICATION OR FOR CERTAIN NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS, AS INDICATED UNDER #3 ON THE REVERSE.

The Arlington Department of Human Services/School Health Bureau discourages medications to be given to students at school during the school/extended day. Please prescribe for before or after school, if at all possible.

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Diagnosis</b> (Condition for which medication is being administered): | <b>Name of Medication:</b> |
|--|----------------------------|

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Dosage</b> to be given at school (for example, mg, ml, or cc): | <b>Route</b> (for example, oral, topical): | <b>Time:</b> Is this a PRN (as-needed) medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br>If YES, go to next box.<br>If NO, what time (s) should medication be given?<br><input type="checkbox"/> Before Lunch <input type="checkbox"/> After Lunch OR _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. |
|---|--|---|

If medication is to be given on an as-needed (PRN) basis, specify the symptoms or conditions when medication is to be taken and the length of time interval for repeating the dose/medication (for example, *every 6 hours as needed for headaches*):

|  |   |
|--|---|
| If student is taking more than one medication, list the sequence in which medications are to be taken: | <b>Effective:</b><br>Start Date: _____<br>End date: <input type="checkbox"/> End of School Year OR <input type="checkbox"/> Date: _____ |
|--|---|

**Signature(s):**

|  |                                    |                    |               |
|--|------------------------------------|--------------------|---------------|
| _____<br>Physician Name (Print or Type)  | _____<br>Physician Signature       | _____<br>Telephone | _____<br>Date |
| _____<br>Parent/Guardian Name (Print or Type)<br>(Not required if signed by physician) | _____<br>Parent/Guardian Signature | _____<br>Telephone | _____<br>Date |

## PART III: ARLINGTON COUNTY DHS/SCHOOL HEALTH BUREAU STAFF TO COMPLETE

**Check as appropriate:**

Parts I and II above are complete, including signatures

Medication is in original container and is properly labeled

Med. Expiration Date: \_\_\_\_\_

|                                 |  |                                 |
|---------------------------------|--|---------------------------------|
| _____<br>SHA Signature and Date | _____<br>Name of PHN Contacted by Phone and Date | _____<br>PHN Signature and Date |
|---------------------------------|--|---------------------------------|

## স্কুলে ওষুধ প্রয়োগ (মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন) সম্পর্কে অভিভাবক/পিতামাতার জন্য তথ্য

আপনার সন্তানের ওষুধ প্রশাসনে স্কুল হেলথ ব্যুরোর লক্ষ্য হল নিরাপত্তা – সঠিক ওষুধ, সঠিক শিশুর জন্য, সঠিক পরিমাণে, সঠিক সময়ে। এই লক্ষ্য অর্জনের জন্য আপনার সাহায্য প্রয়োজন। যদি সম্ভব হয় বাড়িতেই ওষুধের সব ডোজ দেওয়ার ব্যবস্থা করুন। যাইহোক, যদি আপনার সন্তানের স্কুলে ওষুধের প্রয়োজন হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিত বিষয়গুলো খেয়াল রাখবেন:

- স্কুলে গ্রহণ করা যে কোনও ওষুধের জন্য অবশ্যই একটি সম্পূর্ণ ওষুধ অনুমোদন ফর্ম (রিভার্স) (Medication Authorization Form) থাকতে হবে। প্রতিটি ওষুধের জন্য আলাদা আলাদা ফর্ম প্রয়োজন। একজন পিতা-মাতা/অভিভাবককে অবশ্যই এই ফর্মে স্বাক্ষর করতে হবে; কিছু ওষুধের ক্ষেত্রে একজন চিকিত্সকেরও স্বাক্ষর প্রয়োজন (নীচে #3 দেখুন)।
  - এই ফর্মটি বর্তমান স্কুল বছর শেষ না হওয়া পর্যন্ত বলবৎ থাকবে (যাতে সামার স্কুল অন্তর্ভুক্ত), যদি না অন্যকিছু উল্লেখ করা হয়
  - এই ওষুধ অনুমোদন ফর্ম ব্যতিরেকে ওষুধ প্রয়োগ গ্রহণযোগ্য হবে না
  - এই ফর্মের ফ্যাক্স করা কপি গ্রহণযোগ্য হবে
  - প্রতি স্কুল বছরের শুরুতে একটি নতুন ওষুধ অনুমোদন ফর্ম জমা দিতে হবে এবং প্রতিবার ডোজ বা ওষুধ দেওয়ার সময় পরিবর্তন করার সময়ও
  - হাঁপানি, অ্যালার্জি, রিঁচুনি এবং ডায়াবেটিসের জন্য ওষুধের ক্ষেত্রে তাদের নিজস্ব ওষুধ অনুমোদন ফর্ম ব্যবহার করা হয়। এই ফর্মগুলি পেতে, স্কুল ক্লিনিকের সাথে যোগাযোগ করুন বা স্কুল হেলথের ওয়েবসাইট দেখুন: <https://health.arlingtonva.us/public-health/school-health>
- এই ওষুধ অনুমোদন ফর্মটি পিতামাতা/অভিভাবকের দ্বারা পূরণ করা যেতে পারে - এবং একজন চিকিত্সকের স্বাক্ষর ছাড়াই - প্রেসক্রিপশন ছাড়া (ওভার-দ্য-কাউন্টার) ওষুধের জন্য যখন নিম্নলিখিত মানদণ্ডগুলি পূরণ করে:
  - ওষুধ FDA এর অনুমোদিত
  - ওষুধটি ভেষজ/বিকল্প প্রতিকার নয় (বোটানিকাল, তেল, খাদ্যতালিকাগত বা পুষ্টিকর সম্পূরক, হোমিওপ্যাথিক ওষুধ, ফাইটোমেডিসিন, ভিটামিন, খনিজ পদার্থ এবং ক্যানাবিনয়েডযুক্ত পণ্য, যেমন CBD বা THC সহ)
  - প্যাকেজিং লেবেলে নির্দেশিত উপসর্গ উপশমের জন্য ওষুধ দেওয়া হয়
  - ডোজের পরিমাণ এবং সময়ের ব্যবধান প্যাকেজিং লেবেলে উল্লেখিত বয়স-উপযুক্ত প্রস্তুতকারকের নির্দেশিকা অনুসরণ করে
- এই ওষুধ অনুমোদন ফর্মটিতে একজন চিকিত্সকের স্বাক্ষর প্রয়োজন নিম্নলিখিতগুলির জন্য:
  - স্বল্পমেয়াদী অ্যান্টিবায়োটিক সহ সমস্ত প্রেসক্রিপশন ওষুধ
  - FDA ছাড়া অন্য কারণে অনুমোদিত যেকোন ওষুধ বা যেকোন ভেষজ/বিকল্প প্রতিকার (উপরে #2 এ তালিকাভুক্ত)
  - মলদ্বারে বা প্যারেন্টেরালভাবে প্রদান করতে হয় এমন কোনো ওষুধ (যেমন: ইন্ট্রামাসকুলারলি বা সাবকুটেনিয়াসলি)
  - প্রেসক্রিপশন ছাড়া যে কোনো ওষুধ যার ডোজের পরিমাণ বা সময়ের ব্যবধান প্যাকেজিং লেবেল থেকে আলাদা হয়
  - প্রেসক্রিপশন ছাড়া যে কোনো ওষুধ যা পরপর দশ (১০) বা তার বেশি দিন দেওয়া হয়
- হাই স্কুলের শিক্ষার্থীরা ওষুধের অনুমোদন ফর্ম ছাড়াই প্রেসক্রিপশনের বাইরের ওষুধের দুই (২) ডোজ পর্যন্ত নিজে বহন করতে এবং নিজে নিজে পরিচালনা করতে পারে।
- সমস্ত ওষুধ অবশ্যই একজন পিতামাতা/অভিভাবকের দ্বারা স্কুল ক্লিনিকে এবং সেখান থেকে পরিবহন করা উচিত, যদি না শিক্ষার্থীর বয়স ১৮ বছর বা তার বেশি হয় বা একজন শাসন মুক্ত নাবালক হয়।
- যেকোনো ওষুধের প্রথম ডোজ অবশ্যই বাড়িতে দিতে হবে।
- চিকিত্সকের প্রেসক্রিপশনের ড্রাগ স্যাম্পল সহ সমস্ত প্রেসক্রিপশন ওষুধ অবশ্যই তাদের আসল কন্টেইনারে থাকতে হবে এবং একজন চিকিত্সক বা ফার্মাসিস্ট দ্বারা লেবেলযুক্ত থাকতে হবে। যখন ওষুধটি বাড়িতে এবং স্কুলে নেওয়ার প্রয়োজন হয়, তখন ফার্মাসিস্টকে দুটি (২) লেবেলযুক্ত কন্টেইনারে রাখতে বলুন - একটি বাড়ির জন্য এবং একটি স্কুলের জন্য।
- সকল নন-প্রেসক্রিপশন (ওভার-দ্য-কাউন্টার) ওষুধ অবশ্যই আসল আবদ্ধ কন্টেইনারে রাখতে হবে ওষুধের নাম, ডোজ, প্রয়োগের নির্দেশাবলী এবং মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ স্পষ্টভাবে দৃশ্যমান রেখে। অনুগ্রহ করে কন্টেইনারে শিক্ষার্থীর নাম লিখুন।
- শিক্ষার্থীকে ওষুধ গ্রহণের জন্য নির্ধারিত সময়ে ক্লিনিকে (বা পূর্বনির্ধারিত স্থানে) আসতে হবে। শিক্ষার্থী যাতে উপযুক্ত সময়ে ক্লিনিকে যায় তা নিশ্চিত করতে পিতামাতার উচিত শিক্ষার্থীর জন্য একটি পরিকল্পনা তৈরি করা। নির্ধারিত সময়ের ৩০ মিনিট আগে বা পরে ওষুধ দেওয়া যাবে না।
- যদি শিক্ষার্থীকে ওষুধ খাওয়ানোর জন্য বিশেষ প্রয়োজনীয়তা থাকে (যেমন, আপেল সসের সাথে, ওষুধকে অর্ধেক করে ভাঙতে হবে, ...), দয়া করে ক্লিনিকের কর্মীদের সাথে আলোচনা করুন। যদি ওষুধ অর্ধেক করে ভাঙ্গার প্রয়োজন হয়, তাহলে পিতা-মাতা/অভিভাবককে অবশ্যই এটি করতে হবে। ক্লিনিক কর্মীরা ট্যাবলেট অর্ধেক করে ভাঙ্গার জন্য অনুমোদিত নয়।
- ক্লিনিকে রাখা ওষুধ স্কুল দিনে সংঘটিত সকল APS ফিল্ড ট্রিপে শিক্ষার্থীর শিক্ষকের সাথে পাঠানো হয়। অনুগ্রহ করে APS এর স্টাফ/শিক্ষকদের সাথে ওষুধের জন্য ব্যবস্থা নিয়ে আলোচনা করুন যা কোনো ওভার-নাইট বা সপ্তাহান্তে ফিল্ড ট্রিপের জন্য প্রয়োজন।