

**REQUEST FOR MEDICAL PROCEDURE / NURSE DIRECTED MEDICATION ADMINISTRATION**

داخازیا رینمایین تەندروستی / رێقەبرنا دەرماتیت لژی رچاقدیربیا پەرستاری دا

داخازیا خزمەتگوزایین پەرستاری دهمی دوما قوتابخانی دا پینقی یه بهینته بجه کرن دگهل رێقەبەرئ قوتابخانی. بەرچاڤ هەگرنا فی دخازن گریڤای ب رینمایین تەندروستی قوتابخانی هیه. تکایه بەرسقا هەر ئیک ژ برگین فی فورمی بده. تەنھا دئ فورمی ب تەسامی هاتنه داگرتن دئ هیننه بەرچاڤ وەرگرتن.

School _____	School Hours _____	Teacher _____	Grade _____
قوتابخانه	دەمژ مێژین دەوامی	ماموستا	قوناغ
Student Name _____	Date of Birth _____ / _____ / _____	روژا ژ دایکبوونی	
Last _____	First _____	Middle _____	نافی بابی
Address _____	Telephone _____		
نەدرەس	ژاماره تېلەفونی		
Medical Conditions (Optional) _____	بارئ تەندروستی (نارەزوومەندانه)	Cell Phone _____	مۆنایل

**راپورتا نوژداری**

تایبەتمەندی تەندروستی چیدیبت دختوربیت ب باوەرناما (MD, DO), یان هاریکاری نوژداری بیت کو دبیزنی (PA) یان ژ ی پێشەکارا پەرستیارا کو دبیزنی (APRN/NP)

**To be completed by health care provider- A new form is required each school year:**

**Type of Procedure:** چۆرئ نەشتەرگەری \_\_\_\_\_

Frequency of Procedure: دووبارەبوونا نەشتەرگەری \_\_\_\_\_

(For Tube Feedings Only) Type of Formula: \_\_\_\_\_

تەنھا بۆ دانا خارنی ب لولعیان (بۆریان) چۆرئ هاوکیشنی

Amount: سەرچەم \_\_\_\_\_

رینمایین تایبەت: بۆ هەلمژینا پزیشکی، تکایه نافەرۆکا روشا تەندروستی دیار که کو دئ پینقی ب هەلمژانی هەبیت ژ لایین پەرستاری هە:

**Name of Drug:** \_\_\_\_\_ **Allergies:** \_\_\_\_\_

نافی دەرمانی حساسی

**Date to Start:** \_\_\_\_\_ **Through:** \_\_\_\_\_

ژ روژا دەسپێکی حەتا

**Dosage, Route and Times at School:** \_\_\_\_\_

جارین دانا دەرمانا، رێ و دەمین ل قوتابخانی

**Special Instructions for Storage and Handling:** \_\_\_\_\_

رینمایین تایبەت بۆ راگرتن و پاراستنا دەرمانا

**Possible Side Effects:** کاربەرگەری لایەکی \_\_\_\_\_

**If the dose of this medication is different from the manufacturer's :** \_\_\_\_\_

ئەگەر دانا فی دەرمانی یا جۆدایبیت ژ دەرمانی کۆمپانیا دەرمان درۆستەری

**recommended dose range for the age or weight please include** \_\_\_\_\_

دانا دەرمانی یا پێشنیاری کۆیەری تەسەن و کێشا لەشی، تکایه دیار که

**your rationale for prescribing outside of these recommendations.** \_\_\_\_\_

هزرۆ بیری تە بۆ پێشنیارکرن دەرمانا ژ دەرەمی فان پێشنیاران

**Health Care Provider Name:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_

نافی نوژداری تەندروستی ژامارا تېلەفونی

**Address:** \_\_\_\_\_ **Fax :** \_\_\_\_\_

نەدرەس ژامارا فاکسی

**Health Care Provider Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

واژووا نوژداری تەندروستی روژ و بەروار

گۆیەری یاسا لێبێچیهوه و فەگۆ هاستنا دلتیاییا تەندروستی HIPPA و بەندا § 164.506 and § 1654.5 C.F.R. 45 . رەنگه نەز زانیاری تەندروستی بین پاراستی بین زارۆکی خۆ دەستویر بدهم بەهیننه دیارکرن و چالاکیین چارەسەریا وی یا تەندروستی بۆ پەرستیارا پروگرامی قوتابخانی

**نەف برگه دئ هیننه داگرتن ژ لایین دەیک و یایان هە**

نەز بین رازیمه کو داخازا نەشتەرگەری پزیشکی یان چاقدیریکرنا دانا دەرمانا بۆ زارۆکی خۆ بکەم ل قوتابخانی. نەز تی دگههه کەسەکی بسپوور دئ فی نەرکی نەجامدەت. نەز هەر وەسا تیدگههه کو

هەمی نەو دەرمانین ل قوتابخانی دەیننه بکارنەیان دئ هیننه پێناسەکرن ژ لایین دەرمان فرۆشی هە و دقیت دناف بۆ تلتین نورجینال دا بن. هەر گۆرانکاریبەهک دەماون سالی دا بەهینته کرن دقیت فورما

دەستویردانی ژ لایین نوژداری هە بەهینته واژووکرن. و نەز هەر وەسا تیدگهههه دا نەف نەشتەرگەری تەندروستی بەرۆستی بەهینته نەجامدان، پەرستیارئ قوتابخانی رەنگه داخازا بەلگەنامەکی بکەت کو

بەهینته وەرگرتن ژ لایین پزیشکی تەندروستی هە دا هاریکارییا پەرستاری بکەت ددانا دەرمان و چالاکیین تەندروستی دا نەقین من داخازکرین بەهینتهکرن بۆ زارۆکی من. نەز هەر وەسا ژ تیدگهههه کو

رەنگه نوژداری تەندروستی زانیاری تەندروستی دەربارە زارۆکی من پارقه بکەت دگهل پەرستیارا قوتابخانی.

**Parent / Guardian Name: (Please Print)** \_\_\_\_\_

نافی دەیک/باب یان سەر پەرشتیارئ قوتابی

**Parent/ Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

واژووا دەیک یان باب روژ و بەروار