

ပန်းနာရောဂါ စီမံခန့်ခွဲမှုအစီအစဉ်နှင့် ဆေးပေးရန်ခွင့်ပြုချက်

မိဘမှ ဖြည့်ရန်။

လူနာအမည် _____ မွေးသက္ကရာဇ် _____ ကျောင်း _____ အတန်း _____
 ကျောင်းအမှတ် _____ ကျောင်းဖက်စိတ် () _____ မိဘ/စောင့်ရှောက်သူ _____
 ဖုန်း (ဆဲလ်) _____ ဖုန်း (အိမ်) _____ ဖုန်း (အလုပ်) _____
 အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရန် _____ တော်စပ်ပုံ _____ ဖုန်း _____
 ပန်းနာရောဂါရှောင်ကုသပေးသူ _____ ရုံးဖုန်း () _____
 ရုံးအိမ်မေးလ် _____ ရုံးဖက်စိတ် () _____ (အကောင်းဆုံးအဆက်အသွယ်ကိုအမှတ်အသားပြုပါ)

ပန်းနာရောဂါရှောင်ကုသပေးသူမှ ဖြည့်ရန်

ကယ်ဆယ်ရေး (အပြန်သက်သာရန်) ဆေး။ _____

စောင့်ကြည့်ရေး	ကုသရေး																		
<p>အခါရောင်</p> <p>ဇုံအနီ။ အန္တရာယ်လက္ခဏာများ</p> <ul style="list-style-type: none"> အသက်ရှူအရမ်းမဝခြင်း (သို့) ကယ်ဆယ်ရေးဆေးများမှ အထောက်အကူ မပေးနိုင်ခြင်း (သို့) သာမန်လှုပ်ရှားမှုများ မပြုနိုင်ခြင်း (သို့) ဇုံအဝါတွင် ၂၄ နာရီရှိပြီးနောက် လက္ခဏာများ အရင်အတိုင်းရှိခြင်း သို့မဟုတ် ပိုဆိုးခြင်း <p>ဇုံအနီ။ အရေးပေါ်လက္ခဏာများ</p> <ul style="list-style-type: none"> နှုတ်ခမ်းနှင့်လက်သည်းများပြာခြင်း(သို့) မီးခိုးရောင်ဖြစ်ခြင်း အသက်ရှူမဝ၍လမ်းလျှောက်ရန်နှင့် စကားပြောရန် ခက်ခြင်း သတိလစ်ခြင်း 	<ul style="list-style-type: none"> ကယ်ဆယ်ရေးဆေးပေး။ <input type="checkbox"/> ၂ <input type="checkbox"/> ၄ <input type="checkbox"/> ၆ ကြိမ်ရှူသွင်း (ရှူသွင်းကြိမ်ကြား ၁ မိနစ်ခြား) (သို့) ဆေးရည် ၁ ကြိမ်ဖျန်းပြီးကု မိဘနှင့်/သို့မဟုတ် ပန်းနာကုသပေးသူကို ဖုန်းဆက်ပါ အောက်ပါတို့ဖြစ်ပါက 911 ကို အခု ဖုန်းဆက်ပါ။ <ul style="list-style-type: none"> ၁။ ဇုံအနီအတွင်းရောက်ပြီးနောက် ကျန်းမာရေးကုသပေးသူအား ဆက်သွယ်မရပါက ၂။ ကလေးက အသက်ရှူရန်ရုန်းကန်နေပြီး အယ်လ်ဘူထရော (albuterol) သုံးပြီးသော်လည်း တိုးတက်မှုမရှိပါက ၃။ လက္ခဏာများ တိုးတက်လာခြင်းမရှိပါက ကျန်းမာရေးအထောက်အကူရောက်သည်အထိ (သို့) သင်အရေးပေါ်ဌာန ရောက်သည်အထိ ကယ်ဆယ်ရေးဆေးကို ၁၀ မိနစ်တစ်ကြိမ် ထပ်ပေးနိုင်ပါသည်။ 																		
<p>အဝါရောင်</p> <p>ဇုံအဝါ။ သတိ</p> <ul style="list-style-type: none"> ချောင်းဆိုးခြင်း၊ ချွဲသလိပ်သံထွက်ခြင်း၊ ရင်ဘတ် တင်းကျပ်ခြင်း (သို့) အသက်ရှူမဝခြင်း (သို့) ပန်းနာကြောင့် ညဘက်နိုးခြင်း (သို့) သာမန်လှုပ်ရှားမှုအချို့ လုပ်နိုင်သော်လည်း အားလုံး မလုပ်နိုင် 	<ul style="list-style-type: none"> နေ့စဉ် ထိန်းသည့်ဆေးများ ဆက်ပေးပါ ကယ်ဆယ်ရေးဆေးပေးပါ။ <input type="checkbox"/> ၂ <input type="checkbox"/> ၄ <input type="checkbox"/> ၆ ကြိမ်ရှူသွင်း (ရှူသွင်းကြိမ်ကြား ၁ မိနစ်ခြား) (သို့) လိုအပ်သလို ၄ နာရီတစ်ကြိမ် ဆေးရည် ၁ ကြိမ်ဖျန်းပြီးကု ၁၀ မိနစ်စောင့်ပြီး လက္ခဏာများ ပြန်စစ်ဆေးပါ မသက်သာပါက ဇုံအနီ သို့ သွားပါ လက္ခဏာများသက်သာပါက အတန်း သို့မဟုတ် သာမန် လှုပ်ရှားမှု ပြန်လုပ်နိုင်ပါသည်။ သို့မဟုတ် _____ မိဘ/ကျောင်းသူနာပြု။ လက္ခဏာများ ဆက်လက်တိုးတက်ပါက လိုအပ်လျှင် ကယ်ဆယ်ရေးဆေးများအား <input type="checkbox"/> ၂ ရက် <input type="checkbox"/> ၃ ရက်ကြာ ၄ နာရီတစ်ကြိမ်ပေးရန် ညှိနှိုင်းပါ <input type="checkbox"/> ၂ ရက် <input type="checkbox"/> ၃ ရက်ကြာ လက္ခဏာများ မပျောက်ပါက ဇုံအနီ သို့ သွားပါ 																		
<p>အဝါရောင်</p> <p>ဇုံအဝါ။ ကျန်းမာ</p> <ul style="list-style-type: none"> နေ့ရောညပါ ချောင်းမဆိုး၊ ချွဲသလိပ်သံမထွက်၊ ရင်ဘတ်မတင်းကျပ် (သို့) အသက်ရှူမဝမဖြစ် (သို့) သာမန်လှုပ်ရှားမှုများ လုပ်နိုင် 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ဆေး</th> <th>ဘယ်လောက်</th> <th>ဘယ်တော့</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>လေ့ကျင့်ခန်းမလုပ်မီ <input type="checkbox"/> အားလပ်ချိန် <input type="checkbox"/> PE/အားကစား (၄ နာရီတစ်ကြိမ်ထက်မပိုရ)</td> </tr> <tr> <th>နေ့စဉ်ထိန်းသည့်ဆေး</th> <th>ဘယ်လောက်</th> <th>ဘယ်တော့</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	ဆေး	ဘယ်လောက်	ဘယ်တော့			လေ့ကျင့်ခန်းမလုပ်မီ <input type="checkbox"/> အားလပ်ချိန် <input type="checkbox"/> PE/အားကစား (၄ နာရီတစ်ကြိမ်ထက်မပိုရ)	နေ့စဉ်ထိန်းသည့်ဆေး	ဘယ်လောက်	ဘယ်တော့									
ဆေး	ဘယ်လောက်	ဘယ်တော့																	
		လေ့ကျင့်ခန်းမလုပ်မီ <input type="checkbox"/> အားလပ်ချိန် <input type="checkbox"/> PE/အားကစား (၄ နာရီတစ်ကြိမ်ထက်မပိုရ)																	
နေ့စဉ်ထိန်းသည့်ဆေး	ဘယ်လောက်	ဘယ်တော့																	

- အထက်ပါညွှန်ကြားထားသည့်အတိုင်း ဆေးများပေးပါ
- ကျောင်းသားအား ၎င်း၏ဆေးများကို သင့်တော်စွာအသုံးပြုပုံကို ညွှန်ကြားပေးထားပြီး ကျွန်ုပ်အထင်အရ ကျောင်းသားမှာ ၎င်း၏ ရှူဆေးကိုကျောင်းသို့ယူလာနိုင်ပြီး အသုံးပြုနိုင်ပါသည်
- ကျောင်းသားမှာ ၎င်း၏ ရှူဆေးသုံးရန် ကြီးကြပ်မှု သို့မဟုတ် အထောက်အကူ လိုပါသည်
- ကျောင်းတွင်ရှိစဉ် ကျောင်းသားမှ ၎င်း၏ရှူဆေးကို **ယူမထားရပါ** ကျောင်းသားအား ရှူဆေးနှင့်အတူ ဆေးဖြည်းဖြည်းပေးသည့်ကိရိယာကို သုံးစေပါ

ပန်းနာကုသပေးသူ၏လက်မှတ် _____ ကုသပေးသူနာမည်ကို ပုံနှိပ်စာလုံးဖြင့်ရေးပါ _____ ရက်စွဲ _____

ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား စောင့်ရှောက်သူ ကျောင်းသူနာပြုနှင့် သက်ဆိုင်ရာဝန်ထမ်းများအား ဤအစီအစဉ်ကိုလိုက်နာရန်၊ ဆေးပေးရန်နှင့် ကျွန်ုပ်ကလေးအား စောင့်ရှောက်ရန်၊ လိုအပ်ပါက ကျွန်ုပ်၏ ပန်းနာရောဂါရှောင်ကုသပေးသူအား ဆက်သွယ်ပြီး ဤပုံစံအား ကျွန်ုပ်ကလေး၏ကျောင်းသို့ ဖက်စိတ်/အိမ်မေးလ်ဖြင့် ပို့ရန် သို့မဟုတ် FERPA လမ်းညွှန်ချက်များအရ ကျောင်းဝန်ထမ်းများအား ထုတ်ပြောရန် ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုပါသည်။ ဆရာဝန်ညွှန်ကြားထားသည့်ဆေးနှင့် ဆေးပေးသည့် /စောင့်ကြည့်သည့်ကိရိယာများအား ကျောင်းသို့ပေးသည့်အတွက်ကျွန်ုပ်တာဝန်အပြည့်ယူပါသည်။