



**ဆေးဝါးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်များ**  
**\*သေချာဖတ်ရှုပေးပါ\***

\*ဆေးဝါးများ- ဆရာဝန်ဆေးညွှန်း၊ ဆေးညွှန်းမဟုတ်သော၊ ဗီတာမင်၊ ဆေးဖက်ဝင်အပင်တို့ဖြင့်ဖော်စပ်ထားသောဆေး၊ စားဆေး၊ ရှူဆေး၊ ထိုးဆေး၊ ကိုယ်ထိထည့်သောဆေးတောင့်၊ လိမ်းဆေး (မျက်စဉ်ဆေးရည်၊ အသားအရေလိမ်းဆေး) စသည့်ဖြင့်

\*ဤအဓိပ္ပာယ်ဖွင့်ဆိုချက်မှာမိချိန်ပြည်နယ်၏ ဆေးဝါးဆိုင်ရာအုပ်ချုပ်ရေးမှကျောင်းသူ/သားများအတွက်လမ်းညွှန်ချက်ဖြစ်ပါသည်။

သင့်ကလေး၏ညွှန်ကြားချက်များအားလက်ခံနိုင်ရန်- မည်သည့်ဆေးဝါးဖြစ်စေ၊ ဆရာဝန်ဆေးညွှန်းဖြစ်စေ၊ ဆရာဝန်ညွှန်ကြားထားသောဆေးမဟုတ်၍ဖြစ်စေ၊ စခန်းသို့ယူဆောင်လာမည်ဆိုပါက၊ ဤဆေးဝါးဆိုင်ရာသတင်းအချက်အလက်များဖောင်ကိုပြည့်စုံစွာဖြည့်စွပ်ပြီး၊ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ နှင့် ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင်မှလက်မှတ်ရေးထိုးရပါမည်။ ကျေးဇူးပြု၍ ဆေးဝါးအမည်နှင့်ဆေးညွှန်းများကိုတိကျစွာရေးသားဖော်ပြပေးပါ။ ၎င်းဖောင်ကိုသင့်ဆရာဝန်ရုံးမှစခန်းသို့ဖက်စီဖြင့်ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ ဖက်စ်နံပါတ် (၂၆၉-၇၂၁-၁၀၇၁)

- ဆေးဝါးအားလုံးသည် မူလဆေးပူးဖြင့်ပို့ပေးရပါမည်။ ၎င်းဆေးများနှင့်ပတ်သက်သော ဆေးညွှန်း၊ ရှူဆေး စသည့်ဖြင့်ဖော်ပြပေးရပါမည်။ (ဥပမာ- ဤဆေးအမျိုးအစားများ- Albuterol, Proventil, and Asmanex, Nasonex စသည့်ဆေးအမျိုးအစားများ)
- ဆေးလုံး မဟုတ်ဘဲ ဗူးဖြင့်ထည့်ထားသောဆေးအမျိုးအစားဖြစ်ပါက၊ ၎င်း၏မူလဆေးပူးဖြင့်သာယူလာရပါမည်။
- ဆေးညွှန်းတိုင်းတွင်မူလဆေးဆိုင်၏ အမှတ်တံဆိပ် နှင့်ကလေး၏နာမည်ရှိနေရပါမည်။
- သက်တမ်းကုန်ဆုံးနေပြီဖြစ်သောဆေးဝါးများပေးမှာမဟုတ်ပါ။
- မတူညီသောဆေးဝါးများကိုဗူးတစ်ဗူးတည်း၌မထားပါနှင့်။ ဥပမာ- ၅ မီလီဂရမ်ရှိဆေးဝါး နှင့် ၁၀ မီလီဂရမ်ရှိဆေးဝါးများ၊ သို့မဟုတ် အမျိုးအစားမတူသောဆေးဝါးများ စသည့်တို့ကိုဆိုလိုပါသည်။
- အပိုင်းဖြတ်ရန်လိုအပ်သောဆေးလုံးများကို တစ်ချိန်တည်းတွင်ပိုင်းဖြတ်ထားပါ။ ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့်ဆေးလုံးများကိုပြုပြင်ပေးနိုင်မှာမဟုတ်ပါ။

အကယ်၍သင့်ကလေးအတွက်ဆေးညွှန်းစာအသစ်ရှိခဲ့ပါက၊ ဆေးဝါးဆိုင်ရာခွင့်ပြုချက်ဖောင် (Medication Permission Form) ကိုထပ်မံဖြည့်စွပ်ရမှာဖြစ်သောကြောင့်၎င်းဖောင်ကို clearlakecamp.org တွင်အွန်လိုင်း၌ဖြည့်စွပ်နိုင်ပါသည်။

မှတ်ချက်- ဝန်ထမ်းများမှသင့်ကလေးအတွက်အရေးပေါ်ဆေးဝါးများ သယ်ဆောင်လာပေးပါလိမ့်မည်။ အကယ်၍ ၎င်းသည်လက်ခံနိုင်ဖွယ်မဟုတ်ပါက၊ မိဘ နှင့် ဆရာဝန်မှ Emergency Care Plan စီစဉ်ပေးရန်စာရေးသားနိုင်ပါသည်။ (The Revised School Code Section 380.1179) (Link to code: <http://legislature.mi.gov/doc.aspx?mcl-380-1179>)

ဆေးချိုသွေးချို ရှိသောကလေး သို့မဟုတ် ပန်းနာရင်ကြပ်ခံစားပြီး nebulizer ဆေးသုံးသူများ၊ အစာဓာတ်မတည့်သူများ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးချို့တဲ့မှုရှိခြင်း စသည့်တို့ခံစားရပါက၊ Health Care Plan အစီအစဉ်အတွက်ဆရာဝန်မှစာရေးပြီးတောင်းဆိုနိုင်ပါသည်။ ဤအစီအစဉ်ဖြင့်သင့်ကလေး၏ကျန်းမာရေးကောင်းမွန်စွာပြုစောင့်ရှောက်မှုခံယူနိုင်ရန်၊ ကျေးဇူးပြု၍ စခန်းရှိတာဝန်ရှိသူများထံချက်ချင်းဆွေးနွေးပေးပါ။ နမူနာ Health Care Plan ကို <http://www.pacer.org/health/samplehealthplans.asp> သို့လေ့လာနိုင်ပါသည်။

အကယ်၍ဤအကြောင်းအရာနှင့်ပတ်သက်၍သိရှိလိုသောမေးခွန်းရှိပါက OEC HEALTH ရုံး၏ဖုန်းနံပါတ် ၂၆၉-၇၂၁-၈၁၆၁ သို့ ဖုန်းဖြင့် သင့်ကလေးစခန်းရောက်မည့် နံနက် ၈:၀၀ နာရီ နှင့် ညနေ ၄:၀၀ နာရီ အင်္ဂါနေ့တွင်ခေါ်ဆိုနိုင်ပါသည်။



Battle Creek Public Schools  
 Outdoor Education Center  
 10160 South M-37 HWY  
 Dowling, MI 49050  
 269-721-8161 FAX: 269-721-1071

**ဆေးဝါးခွင့်ပြုချက်ဖောင်**  
**မည်သည့်ဆေးဝါးမဆိုဖော်ပြပေးရန် (ဆရာဝန်၏ညွှန်ကြားသောဆေး၊ ဆိုင်တွင်ဝယ်သော ဆေး၊ အားဆေးအမျိုးမျိုး၊ တိုင်းရင်းဆေး၊ ချောင်းဆိုးပျောက်ဆေး)**

ကျောင်းသူ/သားအမည် \_\_\_\_\_ အတန်း \_\_\_\_\_  
 မွေးသက္ကရာဇ် \_\_\_\_\_ စာသင်ကျောင်း \_\_\_\_\_

**မိဘ/အုပ်ထိန်းသူကိုယ်တိုင်ပြည့်စုံစွာဖြည့်စွပ်ပေးရန်**

ကျွန်ုပ်၏ကလေး \_\_\_\_\_ အတွက် စခန်းတွင်နေထိုင်စဉ်အောက်တွင်ဖော်ပြထားသောဆေးဝါးများအသုံးပြုခွင့်ပေးပါရန်တောင်းခံအပ်ပါသည်။ ဤဆေးများသည်ဆရာဝန်၏ဆေးညွှန်းအတိုင်းဖြစ်ရပါကြောင်းနားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏လက်မှတ် \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ \_\_\_\_\_

နေရပ်လိပ်စာ \_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

ဆေးသောက်ရန်ညွှန်ကြားပေးသောဆရာဝန် \_\_\_\_\_

နေရပ်လိပ်စာ \_\_\_\_\_ ဖုန်းနံပါတ် \_\_\_\_\_

**ဆရာဝန်ကိုယ်တိုင်ဖြည့်စွပ်ပေးရန်**

**ကျေးဇူးပြု၍ ဆေးဝါးအမည် နှင့် ဆေးညွှန်းအားအတိအကျရေးသားဖော်ပြပေးပါ။ (ဖိလီဂရပ် ဘယ်လောက်စသည်ဖြင့်)**  
**Typical camp med times are meal times- (B, L, D), 4:00pm and Bedtime.**

**ဆေးဝါး**

- (၁) ဆေးဝါးအမည် \_\_\_\_\_  
 ဆေးညွှန်း \_\_\_\_\_ မည်သည့်အချိန်တွင်သောက်ရမလဲ \_\_\_\_\_  
 ဤဆေးကိုသောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း \_\_\_\_\_  
 အထူးညွှန်ကြားချက် \_\_\_\_\_
- (၂) ဆေးဝါးအမည် \_\_\_\_\_  
 ဆေးညွှန်း \_\_\_\_\_ မည်သည့်အချိန်တွင်သောက်ရမလဲ \_\_\_\_\_  
 ဤဆေးကိုသောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း \_\_\_\_\_  
 အထူးညွှန်ကြားချက် \_\_\_\_\_
- (၃) ဆေးဝါးအမည် \_\_\_\_\_  
 ဆေးညွှန်း \_\_\_\_\_ မည်သည့်အချိန်တွင်သောက်ရမလဲ \_\_\_\_\_  
 ဤဆေးကိုသောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း \_\_\_\_\_  
 အထူးညွှန်ကြားချက် \_\_\_\_\_
- (၄) ဆေးဝါးအမည် \_\_\_\_\_  
 ဆေးညွှန်း \_\_\_\_\_ မည်သည့်အချိန်တွင်သောက်ရမလဲ \_\_\_\_\_  
 ဤဆေးကိုသောက်ရသည့်အကြောင်းရင်း \_\_\_\_\_  
 အထူးညွှန်ကြားချက် \_\_\_\_\_

**ဆေးဝါးများမှာယူရန်လိုအပ်ပါက ၂၆၉-၇၂၁-၁၀၇၁ သို့ ဖက်စ်ဖိုပေးရပါမည်။**  
**ဖြည့်စွပ်ရန်စာရွက်မလုံလောက်ပါက၊ စာရွက်အလွတ်တွင်ဖြည့်စွပ်ပေးရပါမည်။**

ဆရာဝန်၏လက်မှတ် \_\_\_\_\_

