



## د زده کونکي د روغتيا تاريخ

د زده کونکي نوم: \_\_\_\_\_ د زېږون نېټه: \_\_\_\_\_  
ښوونکی: \_\_\_\_\_ ښوونځی: \_\_\_\_\_

د کهان ویلی بس ته سپاری: ☐ هو ☐ نه  
په EDP کې ګډون کوي: ☐ هو ☐ نه

### په ښوونځي کې درمل

هر هغه زده کونکی چې د ښوونځي د ورځې په جریان کې د درملو اخیستلو ته اړتیا لري باید د روغتیا په دفتر کې د دوسیه کې د معتبر ډاکټر امر ولري. والدین باید د درملو په قطی کې درمل چمتو کړي چې د زده کونکي نوم سره لیبل شوی وي، د معالج ډاکټر نوم، خوراک، د ورکولو وخت او د څارنې وسایل (که اړتیا وي) او تصدیق کړي چې د درملو بکسونه په داسې ډول لیبل شوي چې د لیکل شوي ډاکټر امر سره مطابقت لري. والدین باید د ولسوالۍ نرس یا د ښوونځي نور ټاکل شوي پرسونل ته خبر ورکړي که چېرې د زده کونکي په درملو، روغتیا حالت یا مجاز روغتیايي خدمت کونکي کې بدلون راشي.

### د زده کونکي ځانګړي معلومات

لاندې کوم بکسونه غوره کړئ چې پلي کيږي:

☐ زما ماشوم په ښوونځي کې درملو ته اړتیا لري: د درملو نوم: \_\_\_\_\_ دلیل: \_\_\_\_\_  
☐ الرژي یا حساسیت: باید ټول هغه څه وټاکئ چې پلي کيږي.  
☐ د چاپیریال الرجی یا حساسیت: (د بیلګې په توګه دورې یا گرد) توضیحات: \_\_\_\_\_  
☐ د خوړو الرجی: \_\_\_\_\_  
د خوړو لیست: \_\_\_\_\_

د ناروغۍ نښو نښانو لیست: \_\_\_\_\_  
ایبېپین وړاندیز شوی: ☐ هو ☐ نه انټي هسټامین ☐ هو ☐ نه  
☐ د حشراتو ډنګ یا نیش وهل  
د حشراتو لیست: \_\_\_\_\_  
د ناروغۍ نښو نښانو لیست: \_\_\_\_\_  
ایبېپین وړاندیز شوی: ☐ هو ☐ نه انټي هسټامین ☐ هو ☐ نه  
● لېټیکس: \_\_\_\_\_  
د نښو نښانو لیست: \_\_\_\_\_

ایبېپین وړاندیز شوی: ☐ هو ☐ نه انټي هسټامین ☐ هو ☐ نه  
درمل: (د مثال په توګه د اموکسیلین سره حساسیت) د درملو نوم: \_\_\_\_\_  
☐ استما یا ساه بندۍ: په ښوونځي کې د ساه اخیستنې وسیلې ته اړتیا ده؟ ☐ هو ☐ نه  
☐ د پاملرنې کمښت/د لوړ فعالیت اختلال: ADD ☐ ADHD  
☐ ډایابېټس یا د شکر ناروغۍ: ☐ لومړی ډول / د انسولین انحصار ☐ دوهم ډول ☐ هایپوګلیسیمیک  
☐ د اوریدلو مشکل: ☐ د اوریدلو وسیله اغوندي ☐ ښي غوړ ☐ چپ غوړ  
☐ د زړه حالت: د فعالیت محدودیتونه ☐ هو ☐ نه پیس میکر ☐ هو ☐ نه  
☐ د لید ضعیف والی – عینکې اغوندي ☐ تماسونه اغوندي ☐  
☐ مرګی: فریکونسی: \_\_\_\_\_ تشریح: \_\_\_\_\_

د بیړني ضبط درمل وړاندیز شوي: ☐ هو ☐ نه که هو، د درملو نوم: \_\_\_\_\_  
VNS ☐ هو ☐ نه که هو، ځای: \_\_\_\_\_  
☐ سرطان: اوس مهال درملنه کيږي؟ ☐ هو ☐ نه  
Tracheostomy ☐  
☐ د سر د جدي زخم عمر: \_\_\_\_\_ توضیحات: \_\_\_\_\_  
☐ د سیکل سیل ناروغي  
☐ شونت: ځای: \_\_\_\_\_  
☐ د ادرار کټیټریزیشن: ډول: \_\_\_\_\_ فریکونسی: \_\_\_\_\_  
☐ د تغذیه کولو تیوب: ډول: \_\_\_\_\_ پمپ: \_\_\_\_\_ ☐ هو ☐ نه



☐ د خوځښت خنډ: ☐ ويلچير ☐ واکړ ☐ نور/محدوديتونه: \_\_\_\_\_

کوم بل روغتيايي معلومات ليست کړئ چې تاسو غواړئ د ښوونځي نرس يې خبر وي: \_\_\_\_\_

زه پوهيږم چې زما د ماشوم لپاره د خوندي ممکنه چاپيريال او خورا بشپړ تعليمي پروگرام چمتو کولو لپاره، ښوونځي ته اړتيا ده چې د هر ډول روغتيا يا طبي شرايطو څخه خبر شي چې کيدای شي زما د ماشوم د ښوونځي په ورځ اغيزه وکړي يا د هغه زده کړه اغيزه وکړي. زه پوهيږم چې هر ډول درمل (د بيلگې په توگه تيلينول، د توخي څاڅکي، د سترگو څاڅکي، د پوزي سپري) د ښوونځي په ساحه کې د ډاکټر د اعتبار وړ امر پرته اجازه نلري. زه پوهيږم چې د ښوونځي کارمندان، د ښوونځي نرس په شمول، کيدای شي د ډاکټر لخوا د اعتبار وړ امر پرته هيڅ درمل اداره يا مرسته ونکړي. زه پوهيږم چې زما د ماشوم د خونديتوب لپاره، د ښوونځي نرس اړتيا لري چې زما د ماشوم د روغتيا حالت په اړه معلومات د ښوونځي مناسب کارمندانو سره شريک کړي. دا به د کورنۍ تعليمي حقونو او محرميت قانون (FERPA) سره سم په محرم ډول ترسره شي. که زه نه غواړم دا معلومات شريک کړم، زه بايد دا په ليکلي ډول غوښتنه وکړم او غوښتنه د ښوونځي نرس ته وليږم.

لاسليک: \_\_\_\_\_ اړيکه: \_\_\_\_\_ نيټه: \_\_\_\_\_