

চিকিৎসা সংক্রান্ত তথ্য ফর্ম

Medical information form

প্রিয় পিতামাতা/যত্নদানকারী

আপনার সন্তানের নীচে বিস্তারিত ভ্রমণের জন্য কোনও অতিরিক্ত প্রয়োজন থাকলে অনুগ্রহ করে ইংরেজিতে মেডিকেল তথ্য ফর্মটি পূরণ করুন। অনুগ্রহ করে যে কোন সংশ্লিষ্ট চিকিৎসা এবং/অথবা খাদ্যতালিকাগত বিবরণ সম্পূর্ণভাবে সরবরাহ করুন এবং আরও স্থানের প্রয়োজন হলে অতিরিক্ত পৃষ্ঠা যোগ করুন।

এই ফর্মটি নীচে দেখানো তারিখের মধ্যে সম্মতি ফর্মসহ স্কুলে ফেরত পাঠিয়ে দিবেন।

Information for completion by organising teacher

ভ্রমণ আয়োজনকারী শিক্ষক দ্বারা পূরণ করার ব্যপারে তথ্য

Name of student _____ Excursion destination _____
ছাত্রের নাম ভ্রমণের গন্তব্য

Excursion date/s From: _____ To: _____
ভ্রমণের তারিখ/গুলো এই তারিখ হতে এই তারিখ পর্যন্ত

Date for return of Medical information form _____
মেডিকেল তথ্য ফর্ম ফেরত পাঠানোর তারিখ

পিতামাতা/যত্নদানকারীদের দ্বারা পূরণ করার ব্যপারে তথ্য

Information for completion by parents/carers

পিতামাতা/যত্নদানকারীর যোগাযোগের বিশদ বিবরণ (Parent/carer contact details)

পিতামাতা/যত্নদানকারীর নাম _____
Name of parent/carer

পিতামাতা/যত্নদানকারীর ঠিকানা _____
Address of parent/carer line 1

Address of parent/carer line 2

যোগাযোগের জন্য ফোন নম্বর/গুলো টেলিফোন 1 _____ টেলিফোন 2 _____
Parent/carer phone 1 Parent/carer phone 2

ডাক্তারের সাথে যোগাযোগের বিশদ বিবরণ (Doctor contact details)

ডাক্তারের নাম _____
Name of doctor

ডাক্তারের ঠিকানা _____
Address of doctor line 1

Address of doctor line 2

ডাক্তারের ফোন নম্বর/গুলো টেলিফোন 1 _____ টেলিফোন 2 _____
Doctor's phone 1 Doctor's phone 2

জরুরী বিকল্প যোগাযোগের বিশদ বিবরণ (Emergency alternative contact details)

জরুরী যোগাযোগের নাম 1 _____ টেলিফোন _____
Name of emergency contact 1 Emergency contact 1 phone no.

জরুরী যোগাযোগের নাম 2 _____ টেলিফোন _____
Name of emergency contact 2 Emergency contact 2 phone no.

যে কোনও চিকিৎসা অবস্থা বা অসুস্থতার তালিকা তৈরি করুন। উদাহরণস্বরূপ হাঁপানি, ডায়াবেটিস, মৃগীরোগ, এলার্জি এবং প্রতিটির চিকিৎসার জন্য রূপরেখা তৈরি করুন।

Medical conditions or illnesses and their treatments.

অনুপযুক্ত খাবারের সম্ভাব্য প্রতিক্রিয়াসহ যে কোনও বিশেষ খাদ্যতালিকার জন্য রূপরেখা তৈরি করুন।
Special dietary needs including possible reactions to inappropriate diet.

ভ্রমণের সময় যে ওষুধ/গুলো সেবন করতে হবে সেগুলো তালিকাভুক্ত করুন। ওষুধের নাম, সেবনের নির্দেশাবলী, সেবনের সময় এবং যে কোনও সম্ভাব্য প্রতিক্রিয়া অন্তর্ভুক্ত করুন।

Medications, instructions for administration and possible reactions.

আমি বুঝতে পারছি যে আমার সন্তান জরুরী পরিস্থিতিতে চিকিৎসা পাবে। আমি বুঝতে পারছি যে যখন চিকিৎসকের দেয়া ওষুধ (উদাহরণস্বরূপ ইনসুলিন সহ জরুরী ওষুধ) যা ভ্রমণের সময় সেবন করার প্রয়োজন হবে, তখন পিতামাতা/যত্নদানকারীরা দায়ী থাকবেন:

- এই প্রয়োজনীয় বিষয়টি স্কুলকে জানাতে
- তথ্য পরিবর্তন হলে তা হালনাগাত করা নিশ্চিত করতে
- ওষুধ এবং তা সেবনের জন্য প্রয়োজনীয় জিনিষপত্র সরবরাহ করা, উদাহরণস্বরূপ ইনসুলিন সিরিঞ্জ বা EpiPens® (ওষুধ মেয়াদ উত্তীর্ণ হওয়ার তারিখের মধ্যে এবং সঠিকভাবে লেবেল যুক্ত থাকতে হবে)
- ভ্রমণ সময়কালীন নির্ধারিত ওষুধের সরবরাহ এবং সেবনের ব্যবস্থাপনার ক্ষেত্রে স্কুলের সাথে একত্রে কাজ করা

অনুগ্রহ করে লক্ষ্য করুন: কিছু ভ্রমণের ক্ষেত্রে, স্কুল ইতিমধ্যে যেভাবে ওষুধ সরবরাহ করতে বলেছে, তার বাইরে অন্যভাবে পিতামাতাদেরকে ওষুধ সরবরাহ করতে বলবে। উদাহরণস্বরূপ, পিতামাতাদের একটি অতিরিক্ত অ্যাড্রিনালিন অটোইনজেক্টর (EpiPen®) সরবরাহ করার জন্য বলা হতে পারে।

পিতামাতা/যত্নদানকারীর নাম
(অনুগ্রহ করে বড় অক্ষরে লিখুন)

Name of parent/carer

পিতামাতা/যত্নদানকারীর স্বাক্ষর

Signature of parent/carer

তারিখ

Date

টেলিফোন দোভাষী সেবাব্যবস্থা

আপনার যদি আরও তথ্যের প্রয়োজন হয় তবে অনুগ্রহ করে স্কুলে কল করুন। আপনার অনুসন্ধান আপনাকে সহায়তা করার জন্য যদি একজন দোভাষীর প্রয়োজন হয় তবে অনুগ্রহ করে 131 450 নম্বরে টেলিফোন দোভাষী পরিষেবায় কল করুন এবং আপনার ভাষায় একজন দোভাষীর জন্য জিজ্ঞাসা করুন। অপারেটর স্কুলে ফোন করবে এবং কথোপকথনে আপনাকে সহায়তা করার জন্য লাইনে একজন দোভাষীর ব্যবস্থা করবে। এই পরিষেবা আপনি বিনামূল্যে পাবেন।