

## மருத்துவத் தகவல்கள் படிவம்

### Medical information form

அன்புடைய பெற்றோர்/பராமரிப்பாளருக்கு

கீழே விளக்கிச் சொல்லப்பட்டுள்ள வெளிச்சுற்றுலாவிிற்காக உங்களுடைய பிள்ளைக்குக் கூடுதல் தேவைகள் எதுவும் இருந்தால், தயவு செய்து 'மருத்துவத் தகவல் படிவம்' என்பதை ஆங்கிலத்தில் நிரப்புகள். தகுந்த மருத்துவ விபரங்கள் மற்றும்/அல்லது உணவுத் தேவைப்பாடுகள் எதையும் பற்றிய முழு விபரங்களையும் கொடுங்கள், மற்றும் இன்னும் கூடுதல் இடம் தேவைப்பட்டால் இன்னொரு தாளினை இணைத்துக்கொள்ளுங்கள்.

கீழே சொல்லப்பட்டுள்ள திகதிக்குள், சம்மதப் படிவத்துடன் சேர்த்து இந்தப் படிவம் பாடசாலைக்குத் திருப்பியனுப்பப்பட வேண்டும்.

### Information for completion by organising teacher

பயணத்தை ஏற்பாடு செய்யும் ஆசிரியரால் பூர்த்தி செய்யப்படவேண்டிய தகவல்கள்

Name of student \_\_\_\_\_ Excursion destination \_\_\_\_\_  
மாணவ-மாணவியின் பெயர் வெளிச்சுற்றுலா செல்லும் இடம்

Excursion date/s From: \_\_\_\_\_ To: \_\_\_\_\_  
வெளிச்சுற்றுலாவிிற்கான திகதிகள் சுற்றுலா துவங்கும் இடம் சுற்றுலா சென்றடையும் இடம்

Date for return of Medical information form \_\_\_\_\_  
'மருத்துவத் தகவல் படிவ'த்தினைத் திருப்பி அனுப்பவேண்டிய திகதி

### பெற்றோர்/பாதுகாவலரால் பூர்த்தி செய்யப்படவேண்டிய தகவல்கள்

### Information for completion by parents/carers

பெற்றோர்/பாதுகாவலரது தொடர்பு விபரங்கள் (Parent/carer contact details)

பெற்றோர்/பாதுகாவலரது பெயர் \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

பெற்றோர்/பாதுகாவலரது முகவரி \_\_\_\_\_  
Address of parent/carer line 1

Address of parent/carer line 2

தொடர்புத் தொலைபேசி இலக்கம்/இலக்கங்கள் தொலைபேசி 1 \_\_\_\_\_ தொலைபேசி 2 \_\_\_\_\_  
Parent/carer phone 1 Parent/carer phone 2

மருத்துவரது தொடர்பு விபரங்கள் (Doctor contact details)

மருத்துவரது பெயர் \_\_\_\_\_  
Name of doctor

மருத்துவரது முகவரி \_\_\_\_\_  
Address of doctor line 1

Address of doctor line 2

மருத்துவரது தொலைபேசி இலக்கம்/இலக்கங்கள் தொலைபேசி 1 \_\_\_\_\_ தொலைபேசி 2 \_\_\_\_\_  
Doctor's phone 1 Doctor's phone 2

அவசர-நிலைக்கான மாற்றுத் தொடர்பு விபரங்கள் (Emergency alternative contact details)

அவசர-நிலைத் தொடர்பாளர் பெயர் 1 \_\_\_\_\_ தொலைபேசி \_\_\_\_\_  
Name of emergency contact 1 Emergency contact 1 phone no.

அவசர-நிலைத் தொடர்பாளர் பெயர் 2 \_\_\_\_\_ தொலைபேசி \_\_\_\_\_  
Name of emergency contact 2 Emergency contact 2 phone no.

ஆஸ்துமா, சர்க்கரை நோய், வலிப்பு நோய், ஒவ்வாமைகள் போன்ற ஏதேனும் மருத்துவ நிலைகள் அல்லது நோய்கள் மற்றும் அவை ஒவ்வொன்றிற்குமான சிகிச்சைகள் பற்றியுமான தகவல்களை அட்டவணைப்படுத்துங்கள்.

Medical conditions or illnesses and their treatments.

---

---

---

---

---

---

தகாத உணவு ஒன்றினால் ஏற்படக்கூடிய எதிர்வினை உள்ளடங்க, விசேட உணவுத்தேவைகள் எதனையும் தெளிவாகக் குறிப்பிடுங்கள்.

Special dietary needs including possible reactions to inappropriate diet.

---

---

---

---

---

---

வெளிச்சுற்றுலாவின் பொழுது கொடுக்கப்படவேண்டிய மருந்து/மருந்துகள் ஏதுமிருப்பின் அட்டவணைப்படுத்துங்கள். மருந்துகளின் பெயர், அவற்றைக் கொடுப்பதற்குத் தேவைப்படும் சாதனங்கள், அவற்றை எப்படிக் கொடுக்கவேண்டும் என்பதைப் பற்றிய அறிவுறுத்தல்கள், மருந்து கொடுக்கப்படவேண்டிய நேரம், மற்றும் ஏற்படக்கூடிய எதிர்வினைகள் ஆகிய எதனையும் அட்டவணைப்படுத்துங்கள்.

Medications, instructions for administration and possible reactions.

---

---

---

---

---

---

அவசர-நிலை ஒன்று ஏற்படும் தருணத்தில் என் பிள்ளை மருத்துவ சிகிச்சையைப் பெறும் என்பது என்னுடைய புரிதல். வெளிச்சுற்றுலாவின் பொழுது கொடுக்கப்படவேண்டிய மருந்து ஒன்றை மருத்துவர் ஒருவர் பரிந்துரைத்திருக்கும் பொழுது (உதாரணமாக, 'இன்சலின்' போன்ற அவசர-நிலை மருந்து உள்ளடங்க), பின் வருவனவற்றைச் செய்யும் பொறுப்பு பெற்றோர்கள்/பராமரிப்பாளர்களுடையது:

- இந்தத் தேவையைப் பாடசாலையின் கவனத்திற்குக் கொண்டுவருதல்
- இந்தத் தகவல்களில் மாற்றம் ஏற்பட்டால், அவை புதுப்பிக்கப்படுவதை உறுதிப்படுத்துதல்
- மருந்துகள் மற்றும் அவசியமான எவ்வொரு 'உட்கொள்ளும் பொருட்க'ளையும் அளித்தல், உதாரணமாக இடப்படவேண்டிய 'இன்சலின்' (EpiPens®) ஊசிகள் அல்லது (மருந்துகள் எதுவும் அவை இறுதியுறும் திகதிக்குள்ளானவையாகவும், சரியான விபர-ஒட்டுத்தாட்களைக் கொண்டவையாகவும் இருக்கவேண்டும் என்பது)
- வெளிச்சுற்றுலா நடைபெறும் காலம் முழுதும் பரிந்துரைக்கப்பட்ட மருந்துகளின் வழங்கல் மற்றும் அவற்றைக் கொடுப்பதற்கான ஏற்பாடுகள் ஆகியவற்றைப் பாடசாலையுடன் ஒத்துழைப்பாய்ச் செயல்பட்டு ஏற்படுத்திக்கொள்ள வேண்டும் என்பது.

**தயவு செய்து கவனிக்க:** சில வெளிச்சுற்றுலாக்களுக்கு, ஏற்கனவே ஒத்துக்கொள்ளப்பட்டுள்ள வழியிலிருந்து மாறுபட்ட வழி ஒன்றில் மருந்துகளை வழங்குமாறு பாடசாலை பெற்றோர்களைக் கேட்கும். உதாரணமாக, கூடுதல் 'அட்ரீனலீன் ஆட்டோ இன்ஜெக்டர்' (EpiPen®) ஒன்றைக் கொடுக்குமாறு பெற்றோர்கள் கேட்கப்படலாம்.

பெற்றோர்/பாதுகாவலரது பெயர்  
(தயவுசெய்து பெரிய எழுத்தில் எழுதுக)

Name of parent/carer

பெற்றோர்/பாதுகாவலரது கையொப்பம்

Signature of parent/carer

திகதி

Date

**தொலைபேசி மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் சேவை**

உங்களுக்கு மேலதிகத் தகவல்கள் தேவைப்பட்டால் தயவுசெய்து பாடசாலையை அழையுங்கள். உங்களுடைய விசாரிப்பில் உங்களுக்கு உதவ மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் ஒருவர் உங்களுக்குத் தேவைப்பட்டால், தயவு செய்து 'தொலைபேசி மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் சேவையை 131 450-இல் அழைத்து, உங்கள் மொழியில் ஒரு மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் தேவை என்று கேளுங்கள். தொலைபேசி மூலம் பாடசாலையை அழைத்து, உரையாடலில் உங்களுக்கு உதவுவதற்காக உங்களுடைய மொழி பேசும் மொழிபெயர்த்துரைப்பாளர் ஒருவரை தொலைபேசி இயக்குநர் இணைப்பிற்குக் கொண்டுவருவார். இந்த சேவைக்காக உங்களிடமிருந்து கட்டணம் அறவிடப்படாது.