

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения: _____ Класс: _____ Пол: _____

1. Имеются ли у вашего учащегося заболевания, УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ? Да Нет

Опасные для жизни заболевания: (НЕОБХОДИМ план медицинского ухода)

EG **Анафилаксия** (предписано использование EpiPen)
 Аллергия на _____
 Дата последней реакции _____

EK **Диабет 1-го типа**

NP **Судороги:** требуется ли экстренный прием препаратов?
 Тип: _____
 Дата последних судорог _____

RD **Астма: тяжелая**

OB **Прочие заболевания, угрожающие жизни:**

Если да, законодательство штата требует, чтобы у учащихся с заболеваниями, угрожающими жизни (например, анафилаксией, тяжелой астмой, диабетом или судорогами), до первого дня в школе были готовы заполненные планы лечения и все необходимые лекарства. Заполните слева раздел с заболеваниями, угрожающими жизни. И обратитесь к школьной медсестре как можно скорее, чтобы получить дополнительные формы.

2. Есть ли у вашего учащегося известные проблемы со здоровьем? Да Нет Укажите инициалы: _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА (отметьте все подходящие пункты)

Врожденное/генетическое заболевание

AH Синдром Дауна
 AJ Фетальный алкогольный синдром
 AG Другие нарушения (опишите): _____

Кровь/гематология

BA Анемия
 BB Гемофилия
 BC Признаки серповидноклеточной анемии
 OJ Случаи сильных кровотечений из носа
 BD Прочие заболевания крови: _____

Сердце, сердечная деятельность

CC Врожденный порок сердца
 CD Сердечный шум
 CG Прочие сердечно-сосудистые заболевания: _____

Аллергия, иммунитет, эндокринные заболевания, расстройства питания, нарушения обмена веществ

ED Аллергия (пищевая): _____
 EE Аллергия (насекомые): _____
 EB Аллергия (другое, перечислите): _____
 EL Диабет 2-го типа
 EO Прочие заболевания иммунитета, эндокринные заболевания, расстройства питания, нарушения обмена веществ: EQ/ER _____

Желудочно-кишечный тракт, зубы, ротовая полость

GA Целиакия
 GG Непереносимость продуктов или религиозные предпочтения
 Перечислите: _____
 GL Непереносимость лактозы
 GF Энкопрез
 GO Хронический запор
 GH Гастральный рефлюкс
 GJ Воспаление кишечника
 GK Синдром раздраженного кишечника
 GI/GN Другие заболевания печени, а также желудочно-кишечные, стоматологические и оральные заболевания: _____

Скелетно-мышечные заболевания

MC Юношеский ревматоидный/идиопатический артрит
 ME Перечислите: _____

Раковые заболевания, опухоли

DA Перечислите: _____

Нервная система

NB СВДГ/СДВ, кем диагностировано: _____
 NC Расстройство аутистического спектра
 NE Церебральный паралич
 NF Нарушение развития
 NH Мигрень

NI Регулярные головные боли
 NP Судорожное расстройство Текущее Тип истории:
 NU Травматическое повреждение головного мозга
 NO Прочие неврологические болезни: _____

Трансплантация

OD Список органов: _____

Умственное/психическое здоровье

PA Тревожность
 PC Депрессия
 PH Нарушение сна
 PJ Другие умственные или психические расстройства: _____

Дыхательные расстройства

RG Астма (текущая)
 RH Астма (когда-либо диагностированная)
 RA Астма (вызываемая нагрузками), последний прием препаратов _____
 RE Раактивное заболевание дыхательных путей
 Госпитализация, обращение в службу скорой помощи, дата _____
 RF Прочие респираторные заболевания: _____

Кожа

SB Экзема, контактный дерматит, псориаз
 SH Прочие кожные заболевания: _____

Болезни почек

UH Перечислите: _____

Уши/слух

YA Хронические ушные инфекции Сейчас В прошлом
 YB Нарушение слуха, слуховые аппараты, кохлеарный имплантат
 YC Прочие ушные заболевания: _____

Заболевания глаз, нарушение зрения

YF Носит очки, контактные линзы
 YG Нарушение различения цветов
 YD Нарушения зрения
 YE Другие заболевания глаз: _____

Другие заболевания

DB Перечислите: _____

Медицинская история учащегося

Новое зачисление Ежегодная проверка

Имя и фамилия учащегося _____ Дата рождения: _____ Класс: _____ Пол: _____

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Предоставьте сведения обо всех лекарствах, которые ваш ребенок принимает дома и/или в школе.

Принимает ли учащийся лекарства **дома**? Нет Да Укажите лекарства: _____

Должен ли учащийся принимать лекарства **в школе**? Нет Да Укажите лекарства: _____

Заполните **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ** документ о приеме лекарств в школе.

Законодательство штата требует письменного разрешения от опекуна и врача на прием любых лекарств (отпускаемых по рецепту и без него) в школе. Формы для заполнения имеются в канцелярии школы или на веб-сайте нашего округа. Их необходимо заполнять ежегодно.

Медицинские устройства, оборудование и процедуры
Например: гастростомическая трубка, вентрикулоперитонеальный шунт, катетеризация, стимулятор блуждающего нерва и др.
Предоставьте описание: _____

Проблемы с физической активностью или передвижением/вспомогательное оборудование
Например: кресло-коляска, ортодонтические скобы и др.
Предоставьте описание: _____

Чтобы помочь нам составить более полное представление о здоровье вашего ребенка, укажите следующую информацию:

История здоровья/развития:

Рождение и младенчество: Вес при рождении _____ Была ли беременность доношенной? Да Нет Продолжительность беременности _____

В каком возрасте ваш ребенок: Приучился к туалету? _____ Начал ходить? _____ Начал говорить? _____

Госпитализации? _____

Серьезные травмы? _____

Специалист? _____

Какие прочие полезные сведения о ребенке вы можете предоставить? Опишите подробнее. _____

- Я понимаю, что указанная мной информация будет передана соответствующему школьному персоналу, которому необходимо ее знать для оказания медицинской помощи моему ребенку.
- Если родители/опекуны или уполномоченные контактные лица для чрезвычайных случаев недоступны во время медицинского происшествия и, по мнению школьной администрации, учащемуся требуется немедленная медицинская помощь, я даю школьной администрации разрешение отправить учащегося в больницу или к ближайшему доступному врачу. Я понимаю, что беру на себя полную ответственность за оплату всех предоставленных услуг.
- Я понимаю, что законодательство штата Вашингтон требует, чтобы мой ребенок получил все необходимые прививки до начала учебы в школе. Я предоставляю школе моего ребенка разрешение добавить сведения о прививках в Информационную систему о прививках, чтобы помочь школе вести медицинскую карту моего ребенка.

Подпись официального родителя или опекуна: _____ Дата: _____

Телефон родителя/опекуна _____ Рабочий _____

Контактное лицо для чрезвычайных случаев _____ Телефон _____

Поставщик медицинских услуг _____ Телефон _____

For Office Use only: Complete Immunization Records

Complete IIS # _____ IIS Copy Provided _____ Medically verifiable records provided _____ COE _____

or Conditional status _____ Parent signed acknowledgment _____

or Out of compliance _____