

نام دانش آموز (نام، نام خانوادگی) \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_

1. آیا دانش آموز شما یک عارضه سلامت دارای خطر جانی دارد؟ □ بله □ خیر

اگر بله، قانون ایالتی ملزم می سازد که دانش آموزان دارای عوارض همراه با خطر جانی مانند آنافیلاکسی، آسم شدید، دیابت، یا تشنج ها، پیش از روز نخست مدرسه، یک برنامه مراقبت کامل همراه با هرگونه داروی لازم را داشته باشند. بخش عارضه های دارای خطر جانی را در سمت چپ پر کنید و برای فرم های دیگر، هر چه زودتر با پرستار مدرسه تماس بگیرید.

عوارض دارای خطر جانی: (برنامه مراقبت لازم است)

EG □ آنافیلاکسی (Epi-pen تجویز شده)

□ آلرژی نسبت به \_\_\_\_\_

□ تاریخ آخرین واکنش \_\_\_\_\_

EK □ دیابت نوع 1

NP □ تشنج ها - درمان اضطراری لازم است؟

نوع: \_\_\_\_\_

□ تاریخ آخرین تشنج \_\_\_\_\_

RD □ آسم - شدید

OB □ عارضه دیگر دارای خطر جانی: \_\_\_\_\_

2. آیا دانش آموز شما هرگونه عارضه سلامت شناخته شده دارد؟ □ بله □ خیر لطفا حروف اول نام: \_\_\_\_\_

سابقه درمانی (همه موارد مربوطه را علامت بزنید)

NI □ سردردها، تکرار شونده

NP □ اختلال تشنج □ موجود □ نوع سابقه:

NU □ ضربه مغزی

NO □ عارضه عصبی دیگر:

**پیوند اعضا بدن**

OD □ عضو مربوطه را بنویسید: \_\_\_\_\_

**سلامت روانی یا رفتاری**

PA □ اضطراب

PC □ افسردگی

PH □ اختلال خواب

PJ □ عارضه دیگر سلامت روانی یا رفتاری:

**سیستم تنفس / تنفس**

RG □ آسم - موجود

RH □ آسم - تشخیص داده شده تاکنون

RA □ آسم ناشی از ورزش آخرین داروهای مصرف شده \_\_\_\_\_

RE □ بیماری واکنشی نای

RF □ بستری شدن/بستری شدن در بخش مراقبت اضطراری، تاریخ \_\_\_\_\_

RF □ عارضه تنفسی دیگر: \_\_\_\_\_

**پوست**

SB □ اگر ما یا درماتیت تماسی یا پسوریازیس

SH □ عارضه پوستی دیگر: \_\_\_\_\_

**مربوط به کلیه / کلیه**

□ لطفا بنویسید: \_\_\_\_\_

**گوش / شنوایی**

YA □ عفونت های مزمن گوش □ در حال حاضر □ در گذشته

YB □ اختلال شنوایی ایمپلنت Cochlear کمک شنوایی

YC □ عارضه شنوایی دیگر: \_\_\_\_\_

**چشم / بینایی**

YF □ عینک / لنز استفاده می کند

YG □ کمبود دید رنگی (کور رنگی)

YD □ دارای اختلال بینایی

YE □ عارضه بینایی دیگر: \_\_\_\_\_

**سایر نگرانی های سلامت**

DB □ لطفا بنویسید: \_\_\_\_\_

**مادرزادی/ژنتیک**

AH □ سندروم داون

AJ □ اختلال طیف الکل در جنین

AG □ عارضه های دیگر، لطفا شرح دهید: \_\_\_\_\_

**خون / هماتولوژی**

BA □ کم خونی

BB □ هموفیلی

BC □ سلول داسی شکل □ بیماری □ ویژگی

OJ □ سابقه خونریزی شدید بینی

BD □ عارضه خونی دیگر: \_\_\_\_\_

**رگها / قلب**

CC □ نارسایی مادرزادی قلب

CD □ صدای اضافی قلب

CG □ عارضه دیگر مربوط به قلب و عروق: \_\_\_\_\_

**آلرژی، سیستم ایمنی بدن، غده های درون ریز، متابولیسم و تغذیه**

ED □ آلرژی - غذا: \_\_\_\_\_

EE □ آلرژی - حشره: \_\_\_\_\_

EB □ آلرژی - سایر بنویسید: \_\_\_\_\_

EL □ دیابت نوع 2

EO/ □ سایر بیماری های مربوط به غده های درون ریز، سیستم ایمنی، تغذیه یا متابولیسم: \_\_\_\_\_

EQ/

ER

**سیستم گوارش و روده ها، دندان ها و دهان**

GA □ سلیاک

GG □ عدم تحمل غذا / ترجیح مذهبی

بنویسید: \_\_\_\_\_

GL □ عدم تحمل لاکتوز

GF □ انکوپرزیس

GO □ پیوست مزمن

GH □ رفلکس معده

GJ □ بیماری التهاب روده

GK □ سندروم روده تحریک پذیر

GI/ □ عارضه دیگر مربوط به روده ها و سیستم گوارش، کبد، دندان ها و دهان: \_\_\_\_\_

GN

**درد اسکلتی عضلانی**

MC □ روماتیسم / آرتریت ایدئوپاتی ک جوانان

ME □ لطفا بنویسید: \_\_\_\_\_

**سرطان / غده**

DA □ لطفا بنویسید: \_\_\_\_\_

**سیستم عصبی**

NB □ ADHD / ADD تشخیص داده شده از سوی: \_\_\_\_\_

NC □ اختلال طیف اوتیسم

NE □ فلج مغزی

NF □ ناتوانی رشد

NH □ میگرن

نام دانش آموز (نام، نام خانوادگی): \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_

داروها

لطفا همه داروهایی را که دانش آموز شما در خانه و/یا در مدرسه مصرف می کند گزارش کنید.

آیا دارو در خانه لازم است؟  بله  خیر  بله  لطفاً بنویسید:

آیا دارو در مدرسه لازم است؟  خیر  بله  لطفاً بنویسید:  
مدارک لازم برای دارو  
را در مدرسه تکمیل کنید.

قانون ایالت، اجازه کتبی سرپرست و یک ارائه کننده مراقبت سلامت را پیش از مصرف هرگونه دارو (نسخه ای یا بدون نسخه) الزامی می سازد. فرمها را می توانید از دفتر مدرسه یا در وبسایت ناحیه ما دریافت کنید و باید به صورت دستی تکمیل شوند.

فعالیت فیزیکی یا مسائل مربوط به جابجایی / تجهیزات کمکی  
مثال: صندلی چرخدار، بندها، یا غیره  
لطفا شرح دهید:

ابزارها / تجهیزات / پروسه های درمان  
مثال: لوله گوارشی، شاننت VP، گذاشتن کاتتر، محرک عصب واگ، یا موارد دیگر  
لطفا شرح دهید:

برای کمک به ما که فرزندان را بهتر بشناسیم، لطفا معلومات زیر را تکمیل کنید:  
سابقه سلامت/ارشد:

تولد و نوزادی: وزن در هنگام تولد \_\_\_\_\_ آیا مدت بارداری کامل بود؟  بله  خیر مدت بارداری \_\_\_\_\_  
سن فرزند شما چقدر بود؟ آموزش توالد داده شده است؟ \_\_\_\_\_ راه رفتن؟ \_\_\_\_\_ صحبت کردن؟ \_\_\_\_\_  
بستری ها در بیمارستان؟ \_\_\_\_\_  
جراحی های جدی؟ \_\_\_\_\_  
متخصص؟ \_\_\_\_\_  
کدام معلومات دیگر درباره فرزندان برای ما مفید خواهد بود تا بدانیم؟ لطفا اعلام کنید.

- من می فهمم که معلوماتی که ارائه کردم، در اختیار کارکنان مربوطه مدرسه که باید از آنها مطلع شوند تا نیازهای سلامت و ایمنی دانش آموز من را تامین کنند قرار داده خواهند شد.
- اگر والدین/سرپرستان یا افراد تماس اضطراری، در زمان یک وضعیت اضطراری پزشکی در دسترس نباشند، و اگر از نظر مسئولان مدرسه مراقبت اضطراری به صورت اضطراری لازم باشد، من به مسئولان مدرسه اجازه و اختیار می دهم تا دانش آموز را به نزدیکترین بیمارستان یا دکتر بفرستند. من می فهمم که مسئولیت کامل پرداخت هزینه های همه خدمات انجام شده را به عهده خواهم گرفت.
- من می فهمم که قانون واشنگتن ملزم می سازد که پیش از آغاز مدرسه، واکسن های دانش آموز من کامل یا مشروط باشند. من به مدرسه فرزندم اجازه می دهم معلومات واکسیناسیون را به سیستم معلومات واکسیناسیون اضافه کند تا مدرسه بتواند سابقه فرزندم را داشته باشد.

امضاء ولی/سرپرست قانونی: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

تلفن/موبایل ولی/سرپرست \_\_\_\_\_ کار \_\_\_\_\_

شخص تماس اضطراری/نسبت \_\_\_\_\_ تلفن \_\_\_\_\_

نام ارائه کننده مراقبت سلامت \_\_\_\_\_ تلفن \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_