

Прізвище й ім'я учня/учениці \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Стать: \_\_\_\_\_

**1. Чи є у вашої дитини захворювання, ЯКІ СТАНОВЛЯТЬ ЗАГРОЗУ ЖИТТЮ?**  Так  Ні

**Небезпечні для життя стани здоров'я:** (ПОТРИБЕН план медичного обслуговування)

- EG  Анафілаксія (призначений Epi-пен)
  - Алергія на \_\_\_\_\_
  - Дата останньої реакції \_\_\_\_\_
- EK  **Діабет, тип 1**
- NP  **Судоми. Потрібні екстрені ліки?**
  - Тип: \_\_\_\_\_
  - Дата останнього нападу судом \_\_\_\_\_
- RD  **Астма — важка форма**
- OB  **Інші захворювання, які становлять загрозу життю:** \_\_\_\_\_

*Якщо ви дали ствердну відповідь, закон штату вимагає, щоб учні з небезпечними для життя станами здоров'я, як-от анафілаксія, важка астма, діабет або судоми, мали заповнений план медичного обслуговування та всі необхідні препарати до першого дня школи. Заповніть розділ про небезпечні для життя стани здоров'я зліва ТА якнайшвидше зверніться до шкільної медсестри, щоб отримати додаткові форми.*

**2. Чи є в дитини відомі проблеми зі здоров'ям?**  Так  Ні **Поставте ініціали:** \_\_\_\_\_

**МЕДИЧНА КАРТКА (позначте всі відповідні варіанти)**

**Вроджені/спадкові захворювання**

- AH  Синдром Дауна
- AJ  Фетальний алкогольний синдром
- AG  Інші захворювання, укажіть: \_\_\_\_\_

**Захворювання крові / гематоми**

- BA  Анемія
- BB  Гемофілія
- BC  Ознака серповидноклітинної анемії
- OJ  Тяжкі носові кровотечі в анамнезі
- BD  Інші захворювання крові \_\_\_\_\_

**Кардіологічні захворювання**

- CC  Вроджена вада серця
- CD  Шуми в серці
- CG  Інші судинно-серцеві захворювання \_\_\_\_\_

**Алергічні, імунні, гормональні, метаболічні та трофічні захворювання**

- ED  Алергія — харчова: \_\_\_\_\_
- EE  Алергія — комахи: \_\_\_\_\_
- EB  Інші види алергії: \_\_\_\_\_
- EL  Діабет, тип 2
- EO  Інші гормональні, імунні, трофічні та метаболічні захворювання: EQ/ER \_\_\_\_\_

**Шлунково-кишкові й стоматологічні захворювання, а також хвороби ротової порожнини**

- GA  Черевне захворювання
- GG  Харчова непереносимість / релігійні пріоритети  
Укажіть: \_\_\_\_\_
- GL  Непереносимість лактози
- GF  Енкопрез
- GO  Хронічний запор
- GH  Шлунковий рефлюкс
- GJ  Запальні захворювання кишок
- GK  Синдром подразливого кишечника
- GI/GN  Інші захворювання печінки, а також шлунково-кишкові, стоматологічні та оральні захворювання: \_\_\_\_\_

**Скелетно-м'язові захворювання**

- MC  Підлітковий ревматоїдний/ідіопатичний артрит
- ME  Укажіть: \_\_\_\_\_

**Раківі захворювання / пухлини**

- DA  Укажіть: \_\_\_\_\_

**Нервова система**

- NB  Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) / синдром дефіциту уваги (attention deficit disorder, ADD) діагностується за: \_\_\_\_\_
- NC  Розлад аутистичного спектра
- NE  Дитячий церебральний параліч
- NF  Порушення розвитку
- NH  Мігрені

- NI  Повторюваний головний біль
- NP  Судомний синдром  Наявний  У минулому Тип: \_\_\_\_\_
- NU  Черепно-мозкова травма
- NO  Інші неврологічні захворювання: \_\_\_\_\_

**Трансплантат**

- OD  Укажіть органи: \_\_\_\_\_

**Душевне та психічне здоров'я**

- PA  Тривога
- PC  Депресія
- PH  Порушення сну
- PJ  Інші душевні або психічні захворювання: \_\_\_\_\_

**Респіраторні захворювання**

- RG  Астма — наявна
- RH  Астма — будь-коли діагностована
- RA  Астма — спричинена фізичним навантаженням, останні використувані препарати \_\_\_\_\_
- RE  Реактивне захворювання дихальних шляхів  
 Госпіталізація / потрапляння у відділення швидкої допомоги, дата \_\_\_\_\_
- RF  Інші респіраторні захворювання: \_\_\_\_\_

**Шкірні захворювання**

- SB  Екзема або контактний дерматит чи псоріаз
- SH  Інші шкірні захворювання: \_\_\_\_\_

**Ниркові захворювання**

- UH  Укажіть: \_\_\_\_\_

**Захворювання вуха / порушення слуху**

- YA  Хронічні інфекції вуха  Наявні  У минулому
- YB  Слуховий апарат для людей із порушеннями слуху / кохлеарний імплант
- YC  Інші захворювання вуха \_\_\_\_\_

**Захворювання очей / порушення зору**

- YF  Носить окуляри / контактні лінзи
- YG  Хроматопсія
- YD  Допомога в разі порушення зору
- YE  Інші захворювання очей \_\_\_\_\_

**Інші захворювання**

- DB  Укажіть: \_\_\_\_\_

**Медична історія учня/учениці**  Нове зарахування  Щорічний огляд

Прізвище й ім'я учня/учениці \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Стать: \_\_\_\_\_

**ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ**

Надайте відомості про всі ліки, які ваша дитина приймає вдома та (або) у школі.

|  |
|--|
| Чи приймає учень ліки <b>вдома</b> ? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Укажіть ліки: _____  |
| Чи повинен учень приймати ліки <b>в школі</b> ? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так Укажіть ліки: _____<br><b>Заповніть ОБОВ'ЯЗКОВИЙ документ про прийом ліків у школі.</b>   |
| <i>Відповідно до закону штату для прийому в школі будь-яких ліків (що відпускаються за рецептом і без нього) потрібен письмовий дозвіл від опікуна та лікаря. Форми для заповнення є в адміністрації школи або на веб-сайті нашого округу. Їх необхідно заповнювати щорічно.</i> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Медичні пристрої, обладнання та процедури</b><br>Наприклад: гастростомічна трубка, вентрикулоперитонеальний шунт, катетеризація, стимулятор блукаючого нерва тощо.<br>Опишіть: _____ | <b>Проблеми з фізичною активністю або пересуванням / реабілітаційне та ортопедичне обладнання</b><br>Наприклад: крісло-візок, ортодонтичні скоби тощо.<br>Опишіть: _____ |
|---|--|

**Щоб надати докладніші відомості про стан вашої дитини, заповніть наведену далі:**

**форму історії захворювання / розвитку:**

Відомості про народження та ранню стадію розвитку: Вага на момент народження \_\_\_\_\_ Чи була вагітність доношеною?  Так

Ні Тривалість вагітності \_\_\_\_\_

У якому віці ваша дитина навчилася користуватися туалетом? \_\_\_\_\_ ходити? \_\_\_\_\_ розмовляти? \_\_\_\_\_

Чи проходила дитина стаціонарне лікування? \_\_\_\_\_

Чи були в дитини серйозні травмування? \_\_\_\_\_

Лікар-куратор? \_\_\_\_\_

Що ще нам потрібно знати про стан здоров'я вашої дитини? Надайте необхідну інформацію. \_\_\_\_\_

- Я розумію, що вказану інформацію буде надано відповідним працівникам школи, яким вона потрібна, щоб гарантувати безпеку моєї дитини та підтримувати її здоров'я в належному стані.
- Якщо під час надання медичної допомоги не вдається зв'язатися з батьками (опікунами) або уповноваженими особами та якщо ця допомога є невідкладною за рішенням керівництва школи, я дозволяю та прошу керівництво школи направити мою дитину в найближчу лікарню або до відповідного лікаря. Я розумію, що беру на себе повну відповідальність за оплату всіх наданих послуг.
- Я розумію, що відповідно до закону штату Вашингтон усі необхідні щеплення потрібно зробити дитині перед початком навчального року. Я даю дозвіл на додавання інформації про імунізацію в Інформаційну систему імунізації (Immunization Information System), щоб допомогти персоналу школи виконувати облік.

Підпис батька, матері або опікуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Номер телефону батька/матері або опікуна \_\_\_\_\_ Робочий номер телефону \_\_\_\_\_

Контактна інформація на екстрений випадок \_\_\_\_\_ Номер телефону \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище лікаря \_\_\_\_\_ Номер телефону \_\_\_\_\_

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

**Медична історія учня/учениці**     Нове зарахування     Щорічний огляд

Прізвище й ім'я учня/учениці \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Стать: \_\_\_\_\_