**DAWN FOX**

*Nurse Administrator*

# Уважаемые родители,

Согласно нашим записям, у вашего ребёнка были судороги. Было бы полезно иметь обновлённую информацию о судорогах вашего ребёнка, чтобы мы могли планировать уход за вашим ребёнком в школе. Прилагается «**Анкета для родителей студентов с судорогами»,** запрашивающая обновлённую информацию о вашем ребёнке. Пожалуйста, заполните её и верните в школьный медицинский кабинет до начала следующего учебного года.

Если вашему ребёнку необходимо принимать лекарства во время школы или на школьных мероприятиях, спонсируемых в следующем году, пожалуйста, попросите вашего лечащего врача заполнить **Авторизацию Пероральных Лекарств в Школе** и заполните родительский раздел этой формы. К началу учебного года, осенью, принесите заполненную медицинскую форму и родительскую форму разрешения вместе с лекарством в правильно маркированном контейнере. Кроме того, было бы неплохо иметь трёхдневный запас противосудорожных лекарств в школе в случае стихийного бедствия. Это также потребует разрешения врача.

Искренне,

Dawn Fox, MS, RN, NCSN

**516 176th Street East • Spanaway, Washington 98387 • 253.800.2000 • bethelsd.org**

*Form 3416 (a)*

**РАЗРЕШЕНИЕ НА АДМИНИСТРИРОВАНИЕ ПЕРОРАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ШКОЛЕ**

Имя учащегося: Дата рождения:

Школа: Класс:

**ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ/СТОМАТОЛОГОМ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Диагноз: **Название лекарства** |  | **Дозировка** | **Методы администрирования** |  | **Время приёма** |
|  |  |  |  |  |  |
| *Если даётся по необходимости (PRN), укажите продолжительность времени между дозами.* |  |  |  |
| Учащийся способен самостоятельно принимать лекарства:  | * Да ☐Нет
 |  |  |

*Если медицинский работник и родитель учащегося просят разрешить студенту носить с собой собственное лекарство и/или разрешить самостоятельную администрацию лекарства, директор может дать разрешение после консультации со школьной медсестрой*

Возможный побочный эффект от лекарств:

Экстренные процедуры в случае серьёзных побочных эффектов:

Я прошу и разрешаю, чтобы вышеупомянутому учащемуся вводили вышеуказанные пероральные лекарства в соответствии с инструкциями, указанными выше с по (не превышает текущий учебный год) так как существует действительная медицинская причина, которая делает приём лекарств целесообразным в школьное время.

Подпись Врача/Стоматолога Дата

Врач/Стоматолог (Напечатать) Номер телефона

**Пожалуйста, обратите внимание: Если должны быть даны образцы лекарств, они должны быть помечены именем учащегося, дозировкой и временем приёма.**

**ЭТА ЧАСТЬ ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ**

Я прошу/разрешаю школе вводить лекарства вышеупомянутому учащемуся в соответствии с инструкциями врача на период с по (не превышает текущий учебный год). Я понимаю, что сотрудники школы приложат все усилия для своевременного администрирования лекарств.

Разрешение на самостоятельный приём: ☐ Да ☐ Нет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подпись родителей/опекунов |  | Дата |
| Номер домашнего телефона |  | Рабочий номер телефона |
| 30-SHC-1 (5.19) |  |  |

**Анкета для родителей студентов с судорогами** 

Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Эта информация имеет важное значение для школьной медсестры и школьного персонала в определении особых потребностей вашего ребёнка и обеспечении позитивной и благоприятной учебной среды. Если у вас есть какие-либо вопросы о том, как заполнить эту форму, пожалуйста, свяжитесь со школьной медсестрой.

|  |
| --- |
| **Контактная информация** |
| Имя учащегося |  Учебный год |  Дата рождения |
| Школа |  Класс |  Классная комната |
| Родитель/Опекун | Телефон |  Рабочий Мобильный |
| Электронная почта Родителя/Опекуна |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Другой Контакт при Экстренных Ситуациях | Телефон | Рабочий |  Мобильный |
| Детский Невролог | Телефон | Местонахождение |  |
| Детский Врач-Терапевт | Телефон | Местонахождение |  |

Серьёзные заболевания

**Информация о судорогах**

1. Когда у вашего ребёнка диагностировали судороги или эпилепсию?
2. Тип судорог

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Тип Судорог** |  **Продолжительность** | **Частота** | **Описание** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Что может вызвать припадок у вашего ребёнка?
2. Существуют ли какие-либо предупреждения и/или изменения поведения перед припадком? ❒ ДА ❒ НЕТ

Если ДА, пожалуйста, объясните:

1. Когда у вашего ребёнка был последний приступ?
2. Произошли ли какие-либо изменения в последнее время в тенденции припадков вашего ребёнка? ❒ ДА ❒ НЕТ

Если ДА, пожалуйста, объясните:

1. Как ваш ребёнок реагирует после окончания припадка?
2. Как другие заболевания влияют на контроль припадков вашего ребёнка?

|  |
| --- |
| **Основные Первая Помощь при судорогах** |
| * Сохраняйте спокойствие & отслеживайте время
* Держите ребёнка в безопасности
* Не сдерживайте
* Не кладите ничего в рот
* Оставайтесь с ребёнком до тех пор, пока не придёт в полное сознание
* Запишите припадок в журнал

**Для тоническо-клонического (большого эпилептического) припадка:*** Защитите голову
* Держите дыхательные пути открытыми/следите за дыханием
* Поверните ребёнка на бок
 |
|  |

**Основная Первая Помощь: Уход и комфорт**

1. Какие основные процедуры оказания первой помощи следует применять, когда у вашего ребёнка в школе случился припадок?
2. Нужно ли будет вашему ребёнку покинуть класс после припадка?

❒YES ❒ NO

 Если ДА, какой процесс вы бы порекомендовали для возвращения вашего ребёнка в класс:

* Конвульсивный (тоническо-клонический) припадок длится более 5 минут
* Учащийся не приходит в сознание при повторяющихся припадках
* Учащийся травмирован или диабетик
* У учащегося первый припадок
* Учащийся испытывает трудности с дыханием
* Припадок происходит в воде

**Припадок, как правило, считается экстренной ситуацией, когда:**

**Экстренные ситуации при судорогах**

1. Пожалуйста опишите что является экстренной ситуацией для вашего ребёнка? (Ответ может потребовать консультации с лечащим врачом и школьной медсестрой)
2. Бал ли ребёнок когда-либо госпитализирован из-за непрерывных судорог?

Если ДА, пожалуйста объясните:

ДА НЕТ

**Информация о лекарствах и лечении судорог**

1. Какие лекарства принимает ваш ребёнок?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Лекарство** | **Дата Начала** | **Дозировка** | **Частота и Время Суток Приёма** | **Возможные Побочные Эффекты** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Какие экстренные/неотложные лекарства назначены вашему ребёнку?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Лекарство** | **Дозировка** | **Инструкции по Администрированию (время\* & метод\*\*)** | **Что делать после введения** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\* После 2ых или 3их судорог, для группы приступов, т.д. \*\* Орально, под язык, ректально, т.д..*

1. Какие лекарства ваш ребёнок должен принять в школьные часы?
2. Следует ли какие-либо из этих препаратов администрировать особым образом? ДА НЕТ

❒

Если ДА, пожалуйста, объясните:

1. Нужно ли следить за какой-либо конкретной реакцией? ДА НЕТ

❒

❒

Если ДА, пожалуйста, объясните:

1. Что делать, если ваш ребёнок пропустит дозу?
2. Должна ли школа иметь запасные лекарства чтобы дать вашему ребёнку в случае пропущенной дозы?
3. Хотите ли вы чтобы с вами связались до того, как запасное лекарство дано

в случае пропущенной дозы? ДА НЕТ

❒

❒

ДА НЕТ

❒

❒

1. Есть ли у вашего ребёнка Стимулятор Блуждающего Нерва (Vagus Nerve Stimulator)? ДА НЕТ

❒

❒

Если ДА, пожалуйста, опишите инструкции по соответствующему использованию магнита:

**Специальные Соображения и Меры Предосторожности**

1. Отметьте всё что к вам относится и опишите любые соображения или меры предосторожности, которые следует принимать:
* Общее здоровье
* Физическое функционирование
* Обучение
* Поведение
* Настроение/приспособление
* Физическое воспитание (спортивный зал/спорт)
* Перемена
* Экскурсии
* Автобусные перевозки
* Другое

**Общие Вопросы Коммуникации**

1. Каким образом для нас лучше с вами связываться чтобы сообщить о припадке вашего ребёнка?

|  |
| --- |
| 24. Можно ли поделиться этой информацией с классным преподавателем/преподавателями и другим соответствующим школьным персоналом? ❒ ДА ❒ НЕТ |
| Даты Обновлено **Подпись Родителя/Опекуна Дата** DPC776 |