

مشتک المنافع ویرجینیا

فرم سلامت ورودی مدرسه

فرم اطلاعات سلامت/گزارش جامع معاینه فیزیکی/گواهی ایمن سازی

## بخش اول - فرم اطلاعات بهداشتی

قانون ایالتی (مرجع کد ویرجینیا 22.1-270) آجاب می کند که کودک شما ایمن سازی شده باشد و قبل از ورود به عموم معاینه فیزیکی جامع دریافت کند. مهد کودک یا دبستان والدین یا قیم این صفحه (قسمت اول) فرم را تکمیل می کنند. ارائه دهنده پزشکی بخش دوم و سوم را تکمیل می کند. فرم این فرم نباید زودتر از یک سال قبل از ورود فرزند شما به مدرسه تکمیل شود.

نام مدرسه: \_\_\_\_\_ پایه فعلی: \_\_\_\_\_

نام دانش آموز: \_\_\_\_\_ آخر \_\_\_\_\_ اولین \_\_\_\_\_ وسط \_\_\_\_\_

تاریخ تولد دانش آموز: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ ایالت یا کشور محل تولد: \_\_\_\_\_ زبان اصلی صحبت: \_\_\_\_\_

آدرس دانشجو: \_\_\_\_\_ شهر \_\_\_\_\_ ایالت \_\_\_\_\_ کد پستی \_\_\_\_\_

نام والدین یا قیم قانونی: \_\_\_\_\_ کار یا سلول: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

محل کار یا پست والدین یا قیم قانونی: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

محل کار یا پست اول (اضطراری): \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

اولویت بیمارستان: \_\_\_\_\_

بیمه سلامت کودک:  FAMIS  FAMIS Plus (Medicaid)  درادن خصوصی/تجاری/حامی کارفرما

جعبه 1. شرایط از قبل موجود					
وضعیت	آره	نظرات	وضعیت	آره	نظرات
آلرژی (غذا، حشرات، داروها، لاتکس)			دیابت: نوع 1		
لطفا آلرژی های تهدید کننده زندگی را لیست کنید:			دیابت: نوع 2		
			پمپ انسولین		
آلرژی (فصلی)			ضربه به سر، ضربه مغزی		
آسم یا شرایط تنفسی			شرایط شنوایی یا ناشنوایی		
اختلال کمبود توجه/بیش فعالی			شرایط قلبی		
شرایط رفتاری/روانی/اجتماعی			مسمومیت از سرب		
شرایط رشد			شرایط عضلانی		
شرایط ممانه			تشنج		
شرایط خونریزی			بیماری سلول داسی شکل (و نه صفت)		
شرایط روده			شرایط گفتار		
فلج مغزی			آسیب سنون فقرات		
فیبروز سیستیک			عمل جراحی		
شرایط سلامت دندان			شرایط بینایی		

پشتیبانی اکسیژن، سمعک، لوازم دندانپزشکی، ویلچر، بستری شدن در بیمارستان و غیره):  تاج  سایر اطلاعات مهم مرتبط با سلامتی را در مورد کودک خود شرح دهید  (اوله تغذیه

جعبه 2. داروها			
تمام داروهای تجویزی، بدون نسخه و گیاهی را که فرزندان به طور مرتب مصرف می کنند (خانه/مدرسه) فهرست کنید:			
یادداشت	زمان مدیریت شده (خانه/مدرسه)	دوز	نام دارو
1.			
2.			
3.			
4.			

داروهای اضافی (نام، دوز، زمان تجویز، یادداشت ها)

اگر می خواهید درباره اطلاعات محرمانه با پرستار مدرسه یا سایر مقامات مدرسه صحبت کنید، اینجا را بررسی کنید. آره

خیر لطفا اطلاعات زیر را ارائه دهید:

تاریخ آخرین قرار	تلفن	نام
		متخصص اطفال / ارائه دهنده مراقبت های اولیه
		متخصص
		دندانپزشک
		کارگر پرونده (در صورت وجود)

من \_\_\_\_\_، به ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی فرزندم و ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی مشخص شده در محیط مدرسه اجازه می دهم تا در مورد نگرانی های سلامتی فرزندم بحث کنند و/یا اطلاعات مربوط به این فرم را مبادله کنند. این مجوز تا زمانی که شما یا زمانی که شما نیاشید وجود خواهد داشت آن را پس بگیرد. شما می توانید در هر زمان با تماس با مدرسه فرزندان مجوز خود را پس بگیرید. هنگامی که اطلاعاتی از سوابق فرزند شما منتشر می شود، اسناد افشا در پرونده سلامتی یا تحصیلی فرزند شما نگهداری می شود.

امضای والدین یا قیم قانونی: \_\_\_\_\_ مترجم: \_\_\_\_\_

مشترک المنافع ویرجینیا

فرم سلامت ورودی مدرسه

بخش دوم - گواهی ایمن سازی

بررسی کنید که آیا مال دانش آموز است  
ایمن سازی  
سوابق با استفاده از یک فرم  
جداگانه پیوست می شوند  
امضا شده توسط HCP



## بخش I

برای ثبت نام مشروط و معافیت ها به بخش دوم مراجعه کنید.

به جای ثبت این تاریخ ها در این فرم، یک نسخه از پرونده ایمن سازی امضا شده یا مهر شده توسط پزشک یا منصوب، پرستار ثبت نام شده، یا مسئول بخش بهداشت که تاریخ تجویز شامل ماه، روز و سال واکسن های مورد نیاز را مشخص می کند، قابل قبول است. تا زمانی که

رکورد به این فرم پیوست شده است، فرم باید توسط ارائه دهنده پزشکی یا مسئول بخش بهداشت در کادر مربوطه امضا و تاریخ گذاری شود. لطفاً برای کمک در مورد سوابق واکسن خارجی با بخش بهداشت محلی خود تماس بگیرید.

نام دانش آموز:		تاریخ تولد:			
فهرست واکسن های کامل (ماه، روز، سال) دوزهای واکسن داده شده					
ایمن سازی					
واکسن دیفتری، کزاز، سیاه سرفه (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5
دیفتی، کزاز (DT) یا Tdap یا Td واکسن (تزریق پس از 7 سالگی)	1	2	3	4	5
تقویت کننده واکسن Tdap	1				
واکسن فلج اطفال (IPV, OPV)	1	2	3	4	5
هموفیلوس آنفلوآنزا نوع b واکسن (Hib conjugate) فقط برای کودکان زیر 60 ماه	1	2	3	4	
واکسن روتاویروس (RV) فقط برای کودکان کمتر از 8 ماه	1	2	3		
واکسن پنوموکوک (پی سی وی کونژوگه) فقط برای کودکان زیر 60 ماه	1	2	3	4	
واکسن واریسلا	1	2	تاریخ بیماری واریسلا یا تایید سرولوژیکی واریسلا مصونیت:		
واکسن سرخک، اوریون، سرخچه (MMR واکسن)	1	2	تایید سرولوژیکی ایمنی سرخک:		
واکسن سرخک (سرخچه)	1	2	تایید سرولوژیکی ایمنی سرخچه:		
واکسن اوریون	1	2	تایید سرولوژیکی ایمنی اوریون:		
واکسن هیپاتیت B (HBV) [از فرمولاسیون بزرگسالان مرگ استفاده شده است]	1	2	3	4	
واکسن هیپاتیت A	1	2			
واکسن مننگوکوک ACWY	1	2			
واکسن مننگوکوک B	1	2	3		
واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV)	1	2	3		
آنفلوآنزا (سالانه)	1	2	3	4	5
دیگر	1	2	3	4	5
دیگر	1	2	3	4	5
گواهی ایمن سازی					
من گواهی می دهم که این کودک مطابق با حداقل شرایط لازم برای حضور در مدرسه، به اندازه کافی یا سن مناسب واکسینه شده است، مراقبت از کودک یا پیش دبستانی که توسط مقررات شورای دولتی بهداشت برای ایمن سازی کودکان مدرسه ای تجویز شده است (مرجع بخش III).					
امضای ارائه دهنده پزشکی یا مسئول بخش بهداشت:					

بخش دوم  
ثبت نام مشروط و معافیت ها

قسمت معافیت پزشکی یا ثبت نام مشروط را مطابق با امضا و تاریخ تکمیل کنید.  
این بخش باید به اطلاعات بهداشتی قسمت اول پیوست شود (که باید توسط والدین تکمیل و امضا شود).

تاریخ تولد: | | | | |  
نام دانش آموز: \_\_\_\_\_  
نام والدین یا قیم قانونی: \_\_\_\_\_  
نام والدین یا قیم قانونی: \_\_\_\_\_  
شماره تلفن: \_\_\_\_\_

معافیت پزشکی: همانطور که در کد ویرجینیا § 22.1-271.2, C (ii) مشخص شده است، من گواهی می‌دهم که تجویز واکسن(های) تعیین شده در زیر برای سلامت این دانش‌آموز مضر است. واکسن (ها) به طور خاص (هستند).  
منع مصرف دارد زیرا (لطفاً مشخص کنید):

PCV: [ ]; Hib: [ ]; OPV/IPV: [ ]; DT/Td: [ ]; DTP/DTaP/Tdap: [ ]

اوریون: [ ]; سرخجه: [ ]; VAR: [ ]; مردان [ ]; مردان ACWY: [ ]; B: [ ]; هپ B: [ ]; HBV: [ ]; A: [ ]

این اطلاعیه را برای فرود آمدن ایمت سازی تا: تاریخ (ماه، روز،

سال): | | | | |

اطلاعات (ملازمه و همدارز) یا مسئول بخش بهداشت:

معافیت مذهبی: قانون ویرجینیا به کودک اجازه می‌دهد از دریافت واکسیناسیون مورد نیاز برای حضور در مدرسه در صورتی که دانش آموز یا دانش آموز معاف باشد.  
والدین/سرپرست سوگندنامه ای را به مسئول پذیرش مدرسه تسلیم می‌کنند مبنی بر اینکه اداره عوامل ایمن سازی با اصول یا اعمال مذهبی دانش آموز در تضاد است. هر دانش آموزی که وارد مدرسه می‌شود باید این گواهی نامه را در گواهی معافیت مذهبی (فرم 1-CRE ارائه کند، که ممکن است در هر بخش بهداشت محلی، دفتر سرپرست بخش مدرسه یا بخش محلی خدمات اجتماعی دریافت شود. مرجع: کد ویرجینیا § 22.1-271.2, C (i).

ثبت نام مشروط: همانطور که در کد ویرجینیا § 22.1-271.2, B مشخص شده است، گواهی می‌دهم که این کودک حداقل یک دوز از هر یک از واکسن ها را دریافت کرده است.  
توسط هیئت بهداشت ایالتی برای حضور در مدرسه مورد نیاز است و اینکه این کودک برنامه ای برای تکمیل نیازهای خود در 90 روز تقویمی آینده داشته باشد. بعد  
ایمن سازی به دلیل

تاریخ (ماه، روز، سال): | | | | |  
امضای ارائه دهنده پزشکی یا مسئول بخش بهداشت:

### بخش الزامات

برای حداقل نیازهای ایمن سازی برای ورود به مدرسه و مهدکودک، به وب سایت بخش ایمن سازی مراجعه کنید.  
<http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

کودکان باید مطابق با برنامه ایمن سازی که توسط مراکز کنترل بیماری (CDC) کمیته مشورتی رویه های ایمن سازی (ACIP) آکادمی اطفال آمریکا (AAP) و آکادمی پزشکان خانواده آمریکا (AAPF) تهیه و منتشر شده است، ایمن سازی شوند. ( که با نام ACIP شناخته می‌شود  
توضیحات (مرجع کد ویرجینیا § 32.1-46 (a)).  
(شرایط مورد نیاز ممکن است تغییر کند.)

یک پزشک دارای مجوز، پزشک پرستار یا دستیار پزشک باید قسمت III را تکمیل کند. آزمون نباید بیش از یک سال قبل از ورود انجام شود. وارد مهدکودک یا مدرسه ابتدایی شوید (مرجع کد ویرجینیا 22.1-270 § دستورالعمل تکمیل این فرم را می‌توانید در [www.vahealth.org/schoolhealth](http://www.vahealth.org/schoolhealth) بیابید.

جنسیت: M □ F □ نام دانش آموز: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

معاینه جسمی = 1 در محدوده طبیعی = 2 یافته غیر طبیعی = 3 ارجاع برای ارزیابی یا درمان							
1	2	3	HEENT	پوست			
			ریه ها	تناسلی			
			قلب	ادراری			

تاریخ ارزیابی: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

کاه فوت: \_\_\_\_\_

BP \_\_\_\_\_ شاخص توده بدنی (BMI): \_\_\_\_\_

شرح حال مناسب سن/جنس تکمیل شده است

راهنمای پیش بینی شده ارائه شده است

### غریبالگری سل

کادر مربوطه را علامت بزنید:

هیچ خطری برای عفونت سل شناسایی نشده است

خطر عفونت سل با علائم شناختن سلامت است

بیماری سل فعال

مثبت: [ ] تست منفی TST/IGRA: [ ] غیر طبیعی: [ ] تاریخ: TST IGRA \_\_\_\_\_ خواندن \_\_\_\_\_ میلی متر CXR در صورت مثبت بودن تست عفونت سل یا علائم سل مورد نیاز است. تاریخ: CXR صفحات EPSDT مورد نیاز برای شروع سر - شامل نتایج و تاریخ خاص: \_\_\_\_\_

Hct/Hgb \_\_\_\_\_ سرب خون: \_\_\_\_\_

برای ارزیابی ارجاع شد	نگرانی شناسایی شده:	در حد نرمال	روش ارزیابی:	ارزیابی شده برای:
				عاطفی/اجتماعی
				حل مسئله
				زبان/ارتباطات
				مهارت های حرکتی ظریف
				مهارت های حرکتی درشت

در 20dB نمایش داده می شود: در هر کادر، P (Pass) یا R (Refer) را نشان دهید. غریبالگری شده توسط OAE (Otoacoustic Emissions) پاس [ ] ارجاع شده

	1000	2000	4000
آر			
L			

فاقد به آزمایش نیست: [ ]

کام شنوایی دائمی که قبلاً شناسایی شده بود: [ ] سمت چپ

سمعک یا وسیله کمکی دیگر

مشکلات شناسایی شده: برای درمان ارجاع شده است	با لنزهای اصلاحی (اگر به را بررسی کنید)
بدون مشکل: برای پیشگیری ارجاع شده است	تست نشده
بدون ارجاع: در حال حاضر مراقبت های دندانپزشکی را دریافت کرده اید	تست مورد استفاده: 20/
فاقد به اجرا نیست	تست Pass □ Fail □ Stereopsis □

پاس [ ] ارجاع به چشم پزشک [ ] قادر به انجام آزمایش نیست. نیاز به غریبالگری مجدد دارد

خلاصه یافته ها (یکی را بررسی کنید):

خب فرزند: هیچ شرایط مربوط به فعالیت های برنامه مدرسه مشخص نشده است

شرایط شناسایی شده که برای تحصیل یا فعالیت بدنی مهم هستند (بخش های زیر را کامل کنید و/یا اینجا توضیح دهید):

آلرژی: [ ] غذا: [ ] حشره: [ ] دارو: [ ] دیگر: [ ]

نوع واکنش آلرژیک: [ ] آنافیلاکسی [ ] واکنش موضعی پاسخ مورد نیاز: [ ] هیچ [ ] تزریق خودکار اپن نفرین [ ] دیگر: [ ]

برنامه مراقبت بهداشتی فردی مورد نیاز (به عنوان مثال، آسم، دیابت، اختلال تشنج، آلرژی شدید، و غیره) [ ]

فعالیت محدود مشخص کنید: [ ]

ارزیابی توسعه ای [ ] دارای IEP است [ ] ارزیابی بیشتری برای: [ ] دارو مورد نیاز است. کودک برای شرایط خاص سلامتی دارو مصرف می کند. [ ] دارو باید در مدرسه داده شود و/یا در دسترس باشد.

رژیم غذایی خاص مشخص کنید: \_\_\_\_\_

نیازهای ویژه را مشخص کنید: \_\_\_\_\_

دیگر نظر ها: \_\_\_\_\_

گواهی کارشناس مراقبت های بهداشتی (نوشتن خوانا یا مهر) [ ] یا علامت زدن این کادر، با امضای الکترونیکی تأیید می کند که تمام اطلاعات وارد شده در بالا دقیق هستند (نام و تاریخ را در خطوط امضا و تاریخ در زیر وارد کنید).

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ امضا: \_\_\_\_\_

تاریخ: 10/20/2020 \_\_\_\_\_

تلفن: \_\_\_\_\_

فکس: \_\_\_\_\_

پست الکترونیک: \_\_\_\_\_