

د ویرجینیا دولت مشترکه
د ښوونځي د ننوتلو روغتیا فورمه
د روغتیا د معلوماتو فورمه/ د هراړخیز فزیکي معایناتو راپور/ د معافیت تصدیق

لومړۍ برخه - د روغتیا معلوماتو فورمه

د ایالت قانون (د ویرجینیا ریفری کود (22.1-270 §) اړتیا لري چې ستاسو ماشوم واکسین شوی وي او خلکو ته د ننوتلو دمخه جامع فزیکي معاینه ترلاسه کړي ورکونکونکي یا ابتدایي ښوونځي. مور او پلار یا سرپرست د فورمې دا پاڼه (لومړۍ برخه) دکوي. طبي چمتو کوونکی د دویمه برخه او دریمه برخه بشپړوي فورمه دا فورمه باید ستاسو د ماشوم ښوونځي ته د ننوتلو څخه یو کال دمخه ډکه شي.

اوسنی درجه: _____
د ښوونځي نوم: _____
د زده کوونکي نوم: _____
منځنی: _____
ایالت یا د زیږون هیواد: _____
د زده کوونکي د زیږون نېټه: ____/____/____ جنسیت: _____
د زده کوونکي پته: _____ ښار: _____ ریاست: _____ زېږ کور: _____
د پلار یا قانوني سرپرست کورنۍ نوم: _____ تلیفون: _____
کار یا حجره مور او پلار نوم یا قانوني سرپرست ۲: _____ تلیفون: _____
کار یا حجره پېژنې اړیکشمېره: _____ تلیفون: _____
د روغتون غوره توب: _____

د ماشوم روغتیا بیمه: هیڅ نه د **FAMIS** (FAMIS Plus (Medicaid) خصوصي/تجارتی/ کارمند سپانسر **یوش**

بکس 1. مخکې موجود شرایط					
توصیه	هو	حالت	توصیه	هو	حالت
الرجی (خواړه، حشرات، درمل، لپټیکس)		د شکرې ناروغی: لومړی ډول	الرجی (خواړه، حشرات، درمل، لپټیکس)		الرجی (موسمی)
مهرباني وکړئ د ژوند گواښونکي الرجی لیست کړئ:		د شکرې ناروغی: دوهم ډول			د ساه لنډۍ یا د تنفس شرایط
		د انسولین پمپ			د پاملرنې کمښت / د لوړ فعالیت اختلال
		د سر زخم، کنگل کول			چلند/رواني/ټولنیز شرایط
		د اوریدلو شرایط یا کازه			پرمختیایي شرایط
		د زړه شرایط			د مټاني شرایط
		د لیډ مسمومیت			د وینې جریان شرایط
		د عضلاتو شرایط			د کولمو شرایط
		ضبطونه			دماغي فلج
		د سیکل سیل ناروغی (نه ځانگړتیا)			سیسټیک فایبروسس
		د وینا شرایط			د غاښونو روغتیا شرایط
		د نخاع تپ			
		جراحی			
		د لید شرایط			

Trach ، د خپل ماشوم په اړه کوم بل مهم روغتیا پورې اړوند معلومات بیان کړئ (د تغذیې توب ، د اکسیجن ملاتړ ، د اوریدلو وسایل ، د غاښونو وسایل ، ویلچر ، روغتون کې بسترونه او داسې نور) ، د خپل ماشوم په اړه کوم بل مهم روغتیا پورې اړوند معلومات بیان کړئ (د تغذیې توب

بکس 2. درمل			
ټول نسخې، بیړنۍ، د کاونټر څخه زيات، او د پوټو درمل چې ستاسو ماشوم په منظمه توګه اخلي (کور/ښوونځي):			
یادښتونه	وخت اداره (کور/ښوونځي)	خوراک	د درملو نوم
1.			
2.			
3.			
4.			

اضافي درمل (نوم، ډوز، وخت اداره، یادښتونه)

دلته وګورئ که تاسو غواړئ د محرم معلوماتو په اړه د ښوونځي نرس یا د ښوونځي نورو چارواکو سره خبرې وکړئ. هو

د وروستي ملاقات نېټه	تلیفون	نوم	د ماشومانو درملنه / د لومړني پاملرنې چمتو کوونکی
			متخصص
			د نایونو ډاکټر
			د قضیې کارکوونکی (که د تطبیق وړ وي)

زه د ښوونځي په ترتیب کې د خپل ماشوم د روغتیا پاملرنې چمتو کوونکی او ټاکل شوي روغتیا پاملرنې چمتو کوونکی ته اجازه ورکوم چې زما د ماشوم د روغتیا اندیښنو په اړه بحث وکړي او/یا د دې فارم پورې اړوند معلومات تبادلې کړي. دا اجازه به تر هغه وخته پورې وي چې تاسو یا تاسو نه وي بیزنه بې واخیستل تاسو کولی شئ هر وخت د خپل ماشوم ښوونځي سره په تماس کې خپل اختیار بیرته واخلي. کله چې ستاسو د ماشوم له ریکارډ څخه معلومات خپاره شي، د افشا کولو اسناد ستاسو د ماشوم روغتیا یا د زده کړې ریکارډ کې ساتل کېږي.

د ولادین یا قانوني سرپرست لاسلیک: د زیږونکي لاسلیک: نېټه: ____/____/____

د ویرجینیا دولت مشترکه

د ښوونځي د ننوتلو روغتیا فورمه

دویمه برخه - د معافیت تصدیق

وګورئ چې زده کوونکی دی
معافیت
ریکارډونه د جلا فورمې په کارولو
سره ضمیمه شوي
د HCP لخوا لاسلیک شوي



برخه I

د مشروط نوم لیکنې او معافیت لپاره دویمه برخه وګورئ.

د واکسین کولو ریکارډ یوه کاپي چې د ډاکټر یا ډیزاین شوي، راجسټر شوي نرس، یا د روغتیا څانګې چارواکي لخوا لاسلیک شوي یا ټاپه شوي چې د اړتیا وړ واکسینونو میاشت، ورځ او کال په شمول د اداري نیټې په ګوته کوي په دې فورمه کې د دې نیټې نېټولو په بدل کې د منلو وړ دي تر هغه چې

ریکارډ د دې فورمې سره ضمیمه دی. فورمه باید په مناسب بکس کې د طبي چمتو کونکي یا د روغتیا څانګې چارواکي لخوا لاسلیک او نیټه وي. مهرباني وکړئ د بهرني واکسین ریکارډونو سره د مرستې لپاره د خپل محلي روغتیا څانګې سره اړیکه ونیسئ.

د زده کوونکي نوم: _____ جنس: _____ / د زیږون نیټه: _____

ریس (اختیاري):		ډیزاین شوي واکسین دوزونو بشپړې نیټې (میاشت، ورځ، کال) ثبت کړئ				
واکسین کول	1	2	3	4	5	
ډیپټیریا، ټیتانوس، پرتوسس واکسین (DTP، DTaP)						
ډیپټیریا، ټیتانوس (DT) یا Tdap یا Td واکسین (د ۷ کلنۍ څخه وروسته ورکول کېږي)						
د Tdap واکسین بوستر						
د پولیومیایلیټ واکسین (IPV، OPV)						
د هیموفیلس انفلونزا ډول ب واکسین (Hib conjugate) یوازې د ۶۰ میاشتو څخه کم عمر ماشومانو لپاره						
د روټا وایروس واکسین (RV) یوازې د ۸ میاشتو څخه کم ماشومانو لپاره						
د نیوموکوک واکسین (PCV conjugate) یوازې د ۶۰ میاشتو څخه کم عمر ماشومانو لپاره						
د وپروسیلا واکسین			د وپروسیلا ناروغۍ نیټه یا د وپروسیلا سپرولوژیکي تصدیق معافیت:			
د شري، ممپس، روپيلا واکسین (MMR واکسین)			د شري د معافیت سپرولوژیکي تصدیق:			
د شري واکسین (روپيلا)			د روپيلا معافیت سپرولوژیکي تصدیق:			
د ممپس واکسین			د ممپس معافیت سپرولوژیکي تصدیق:			
د هپایټایټ بی واکسین (HBV) □ د مرک بالغ فورمول کارول کېږي						
د هپایټایټ A واکسین						
د مینګوکوک واکسین ACWY واکسین						
د مینګوکوک بی واکسین						
د انسان پاپیلوما وایروس واکسین (HPV)						
انفلونزا (کلني)						
نور						
نور						
د معافیت تصدیق						
زه تصدیق کوم چې دا ماشوم په کافي اندازه یا په مناسب ډول عمر لري چې ښوونځي ته د تلو لپاره د لېټرلره اړتیاو سره سم واکسین شوی وي، د ماشوم پاملرنې یا د ښوونځي څخه مخکې د ښوونځي د ماشومانو د واکسین کولو لپاره د روغتیا ریاست مقرراتو پورې لخوا وړاندیز شوی (د حوالې دریمه برخه).						
د طبي چمتو کونکي/روغتیايي ریاست/چارواکي لاسلیک: _____						

دوهمه برخه

مشروط نوم لیکنه او معافیتونه

د طبي معافیت یا شرطي نوم لیکنې برخه بشپړ کړئ لکه څنگه چې مناسبه لاسلیک او نیټه پکې شامله وي. دا برخه باید د لومړۍ برخې روغتیا معلوماتو سره ضمیمه شي (د مور او پلار لخوا پک او لاسلیک شي).

د زېږون نیټه: |____|____|____|
د زده کوونکي نوم: _____
د پلار یا قانوني سرپرست نوم: _____
د پلار یا قانوني سرپرست نوم: _____
د تلیفون شمیره: _____

طبي معافیت: لکه څنگه چې د ویرجینیا په کود § 22.1-271.2، C (ii) کې مشخص شوي، زه تصدیق کوم چې لاندې ټاکل شوي واکسین اداره کول به د دې زده کوونکي روغتیا ته زیان ورسوي. واکسینونه په ځانګړي ډول دي متضاد ځکه چې (مهرباني وکړئ مشخص کړئ):

[____]; OPV/IPV: [____]; DT/Td: [____]; DTP/DaP/Tdap: [____]; RV: [____]; PCV: [____];
ممپس: [____] روبیلا; [____] VAR; [____] نارینه; [____] ACWY: [____] سړي ب; [____] HBV; [____] Hep A: [____];

د واکسین کولو مخه ونیسي تر دې چې: نیټه (Mo., Day)

کال: |____|____|____|

نیټه (Mo., Day) روغتیایي ریاست چارواکي لاسلیک:

مذهبي معافیت: د ویرجینیا قانون یو ماشوم ته اجازه ورکوي چې په ښوونځي کې د حاضریدو لپاره اړین واکسین ترلاسه کولو څخه معافیت ترلاسه کړي که چېرې زده کوونکي یا زده کوونکي والدین/سرپرست د ښوونځي د داخلي چارواکو ته یو بیان وړاندې کوي چې پکې ویل شوي چې د معافیت د اجتنانو اداره د زده کوونکي له مذهبي اصولو یا دودونو سره په ټکر کې ده. هر هغه زده کوونکي چې ښوونځي ته ننوځي باید دا هويت د دیني معافیت په سند (د CRE-1 فورمه) کې وسپاري، کوم چې کېدای شي د روغتیا په هره سیمه ایزه څانګه، د ښوونځي د څانګې سرپرست دفتر یا د ټولنیزو خدماتو محلي څانګې څخه ترلاسه شي. Ref. د ویرجینیا کود § 22.1-271.2، C (i).

مشروط نوم لیکنه: لکه څنگه چې د ویرجینیا په کود § 22.1-271.2، B کې مشخص شوي، زه تصدیق کوم چې دې ماشوم لپرتله د هر واکسین یو دوز ترلاسه کړی دی ښوونځي ته د تللو لپاره د دولتي روغتیا بورډ لخوا اړین دی او دا چې دا ماشوم په راتلونکو 90 تقویم ورځو کې د خپلو اړتیاو بشپړولو لپاره پلان لري. بل د واکسین کولو په وخت کې

نیټه (Mo., Day) ورځ، کال: |____|____|____| د طبي چمتو کوونکي یا د روغتیا ریاست چارواکي لاسلیک:

د دریمې برخې اړتیاوې

ښوونځي او ورځنۍ پاملرنې ته د ننوتلو لپاره د لپرتله واکسین کولو اړتیاو لپاره، د معافیت ویب پاڼې څانګې سره مشوره وکړئ

<http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

ماشومان باید د واکسین کولو مهالونش سره سم واکسین شي چې د ناروغیو کنټرول مرکز (CDC) لخوا رامینځته شوي او خپاره شوي. د معافیت تمرینونو مشورتي کمیټه (ACIP) د ماشومانو د امریکا اکاډمۍ (AAP) او د کورنۍ ډاکټرانو امریکایي اکاډمۍ (AAFP) په بل ډول د ACIP په نوم پیژندل کېږي. سپارښتنې (د ویرجینیا ریفری کود § 32.1-46(a)) د ویرجینیا ریفری کود § 32.1-46(a) (a) لپاره دي. (اړتیاوې د بدلون تابع دي.)

یو وړ جواز لرونکی ډاکټر، د نرس پریکټیشنر، یا د معالج معاون باید دریمه برخه بشپړه کړي. ازموینه باید د نونولو څخه یو کال دمخه ترسره نشي وړکتون یا لومړني ښوونځي ته داخلېږي (د ویرجینیا ریفری کود (22.1-270) د دې فورمې د ډکولو لارښوونې په www.vahealth.org/schoolhealth کې موندلې شي.

نیمس: M F □ / د زېږون نېټه: _____ د زده کوونکي نوم: _____

فزیکي آزموینه = 1 د نورمال دننه = 2 غیر معمولي موندنه = 3 د ارزونې یا درملنې لپاره راجع شوي		1 2 3 عصبي معدي افراطیتونه	
په _____ ft. _____ وژوالی: _____ BP _____ د بدن ډله ایز شاخص (BMI): _____ □ د عمر / جنډر مناسب تاریخ بشپړ شوی □ وړاندوینې لارښود چمتو شوی		هیئت سړي هرات	
د نري رنځ معاینه کول			
هغه بکس چېک کړئ چې پلي کيږي:			
□ د TB انفیکشن خطر یا نښې نلري □ فعال TB ناروغي		□ د TB انفیکشن لپاره ازموینه: د TST IGRA نېټه: _____ د TST لوستل: _____ □ غیر معمولي TB انفیکشن لپاره ازموینه: د TST IGRA نېټه: _____ د TST لوستل: _____ □ مثبت	
□ مټيټ د TST/IGRA پایله: □ منفي □ نورمال □ غیر معمولي TB انفیکشن لپاره ازموینه: د TST IGRA نېټه: _____ د TST لوستل: _____ □ مثبت د وې. د CXR نېټه: _____ د سر پیل لپاره د EPSDT سکرن ته اړتیا ده - ځانګړي پایلې او نېټه پکې شامله ده:			
د وینې جریان: _____		Hct/Hgb _____	

د ارزونې لپاره راجع شوی	په ګوته شوي انډیسنه:	د نورمال دننه	د ارزونې طريقه:	د دې لپاره ارزول شوی:
				احساساتي/ټولنيز
				د ستونزې حل کول
				زده/مخابرات
				د موټرو ښه مهارتونه
				د موټرو ناخالص مهارتونه

□ د ازموینې توان نلري - بیا سکروټیډولیزیشن ته راجع کيږي □ سمه ده □ د اړینې اوریدلو ضایع چې دمخه پیژندل شوی و: □ کپن □ د اوریدلو مرسته یا بل مرستندویه وسیله		□ په 20dB کې سکرن شوی: په هر بکس کې پاس (P) یا ریفر (R) ته اشاره وکړئ. □ د OAE (اوتوآکوستیک اخراج) لخوا سکرن شوی: □ پاس □ راجع شوی													
<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1000</td> <td>2000</td> <td>4000</td> </tr> <tr> <td>آر</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ښ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			1000	2000	4000	آر				ښ					
	1000	2000	4000												
آر															
ښ															

□ پیژندل شوي ستونزې: د درملنې لپاره راجع شوي □ کومه ستونزه نشته: د مخنیوي لپاره راجع کيږي □ هیڅ حواله نشته: دمخه د غاښونو پاملرنې ترلاسه کول □ د ترسره کولو توان نلري		□ د اصلاحي لینزونو سره (وګورئ که هو) <table border="1"> <tr> <td>ازموینه نه ده شوي</td> <td>سټیرنوسیس □ پاس □ ناکامي</td> </tr> <tr> <td>ازموینه کارول کيږي:</td> <td>□ قهاسله دواړه</td> </tr> <tr> <td>20/</td> <td>20/</td> </tr> </table>		ازموینه نه ده شوي	سټیرنوسیس □ پاس □ ناکامي	ازموینه کارول کيږي:	□ قهاسله دواړه	20/	20/
ازموینه نه ده شوي	سټیرنوسیس □ پاس □ ناکامي								
ازموینه کارول کيږي:	□ قهاسله دواړه								
20/	20/								

د موندنو لنډيز (يو چېک کړئ):
 □ ښه ماشوم؛ د ښوونځي د پروګرام فعالیتونو لپاره د انډینېنې وړ شرایط ندي پیژندل شوي
 □ هغه شرایط پیژندل شوي چې د ښوونځي یا فزیکي فعالیت لپاره مهم دي (لاندې برخې بشپړې کړئ او/یا دلته تشریح کړئ):

_____ الرجی: □ خواړه: □ حشرات: □ درمل: □ نور: _____
 د الرجیک عکس العمل ډول: □ anaphylaxis □ محلي عکس العمل ځواب ته اړتیا لري: □ هیڅ نه □ ایپینفرین اتومات انجیکټر □ نور: _____
 □ د انفراډي روغتیا پاملرنې پالن ته اړتیا ده (د بیلګې په توګه، د ساه لنډۍ، شکر ناروغۍ، د قیصې اختلال، شدید الرجی، او نور)
 □ محدود فعالیت مشخص کړئ: _____
 □ پرمختیایي ایزونه IEP □ لري □ د دې لپاره نورې اړونې ته اړتیا ده: _____ درمل. ماشوم د ځانګړو روغتیايي حالتونو لپاره درمل اخلي. □ درمل باید ورکړل شي او/یا په ښوونځي کې موجود وي.

_____ ځانګړي خواړه مشخص کړئ: _____
 _____ ځانګړي اړتیاوې مشخصې کړئ: _____
 _____ نورې تبصرې: _____

د روغتیا پاملرنې مسلکي تصدیق (په رسمي توګه ولیکن یا ټاپه) □ د دې بکس په چک کولو سره، زه د بریښنايي لاسلیک سره تصدیق کوم چې پورته درج شوي ټول معلومات سم دي (د لاسلیک او نېټې په لیکو کې نوم او نېټه دننه کړئ).

نوم: _____ لاسلیک: _____
 MCH213G 10/2020
 4
 فکس: _____ بریښنالیک: _____
 تلفون: _____