

جنسیت: مرد زن صنف: تاریخ تولد: نام متعلم:

نمبر تلفون خانه: نمبر تلفون محل کار: والدین/سرپرست:

نمبر تلفون: ایمیل:

نمبر تلفون: نام ارائه دهنده خدمات در مانی/کلینیک:

ارزیابی سرپرست از سلامت متعلم

- آیا متعلم شما توسط یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی برای هر یک از موارد زیر تشخیص داده شده است؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید.
  - ADD/ADHD
  - حساسیت به
  - آیا ایپی نفرین تجویز می شود:  بله  خیر
  - توجه: هنگام تجویز ایپی نفرین، یک فرم اضافی باید توسط یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تکمیل شود.
  - آسم
  - توجه: هنگامی که متعلم مبتلا به آسم تشخیص داده می شود، یک فرم اضافی باید توسط یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تکمیل شود.
  - اختلال مثانه
  - اختلال خونی
  - اختلال روده
  - سرطان
  - تاریخ: \_\_\_\_\_
  - ضربه مغزی/سر تاریخ ضربه: \_\_\_\_\_
  - دیابت
  - اختلال گوش
  - اختلال چشم
  - عدم تحمل غذایی به: \_\_\_\_\_
  - وضعیت قلبی
  - آیا این وضعیت ترمیم شده است؟  بله  خیر تاریخ تعمیر: \_\_\_\_\_
  - اختلال تشنج
  - سیستم ایمنی سرکوب شده
  - سندرم
  - تاریخ تشخیص: \_\_\_\_\_
  - توضیح: \_\_\_\_\_
  - سایر مشکلات سلامتی تاریخ تشخیص: \_\_\_\_\_
  - توضیح: \_\_\_\_\_
- آیا متعلم شما نقص جسمانی دارد؟  بله  خیر توضیح دهید: \_\_\_\_\_
- آیا متعلم شما تا به حال عملیات کرده است؟  بله  خیر توضیح دهید: \_\_\_\_\_
- آیا متعلم شما تا به حال آسیب شدیدی دیده است؟  بله  خیر توضیح دهید: \_\_\_\_\_
- آیا متعلم شما در حال حاضر تحت مراقبت یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی برای یک بیماری یا شرایط خاص است؟  بله  خیر ماهیت بیماری یا وضعیت را بیان کنید: \_\_\_\_\_
- آیا دارو مصرف می کند؟  بله  خیر دلیل: \_\_\_\_\_ نام دارو: \_\_\_\_\_
- توجه: برای تمام داروهایی که در مکتب مصرف می شوند باید فرم اضافی تکمیل شود
- آیا متعلم شما می تواند در فعالیت کامل در مکتب شرکت کند؟  بله  خیر
- توجه: هنگامی که بله برای محدودیت فعالیت بررسی شد، یک فرم اضافی باید توسط یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تکمیل شود
- آیا متعلم شما اخیراً در بیمارستان بستری شده است؟  بله  خیر تاریخ: \_\_\_\_\_ دلیل: \_\_\_\_\_

در صورت داشتن سوال یا نگرانی بیشتر، لطفاً با شماره کمک پرستار به شماره (503)399-3376 تماس بگیرید.