



Медицинское досье учащегося

Данные учащегося. Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____

Закон штата требует, чтобы для учащихся, у которых есть опасные для жизни заболевания, такие как анафилаксия, тяжелая астма, диабет или судорожные приступы, еще до первого дня занятий был составлен план медицинского обслуживания. Как можно скорее обратитесь к школьной медсестре, чтобы заполнить соответствующие формы.

Есть ли у ученика ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ заболевания? ☐ Да ☐ Нет

Медицинский анамнез (отметьте все применимые пункты)

ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (план медицинского обслуживания ОБЯЗАТЕЛЕН)

- EG ☐ Анафилаксия (назначен эпинефрин)
Аллергены: _____
EK ☐ Диабет 1-го типа
NP ☐ Судорожные припадки (требуется экстренное медикаментозное лечение)
RG ☐ Астма в тяжелой форме
☐ Другое опасное для жизни заболевание: _____

Врожденные и генетические заболевания

- AH ☐ Синдром Дауна
AJ ☐ Расстройства спектра фетального алкогольного синдрома
☐ Другое (укажите): _____

Болезни крови, гематологические заболевания

- BA ☐ Анемия
BB ☐ Гемофилия
BC ☐ Серповидноклеточная: болезнь _____ аномалия _____
OJ ☐ Сильные носовые кровотечения в анамнезе
☐ Другие заболевания крови: _____

Кардиологические заболевания, болезни сердца

- CC ☐ Врожденный порок сердца
CD ☐ Шумы в сердце
☐ Другие сердечно-сосудистые заболевания: _____

Аллергия, расстройства иммунной, эндокринной, метаболической системы и питания

- ED ☐ Аллергия на пищу: _____
EE ☐ Аллергия на насекомых: _____
☐ Другая аллергия: _____

- EL ☐ Диабет 2-го типа
☐ Другие расстройства иммунной, эндокринной, метаболической системы и питания: _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта, зубов и полости рта

- GA ☐ Целиакия
GG ☐ Непереносимость продуктов питания (перечислите): _____

- GL ☐ Непереносимость лактозы
GF ☐ Недержание кала
GO ☐ Хронический запор
GH ☐ Желудочный рефлюкс
GJ ☐ Воспалительное заболевание кишечника
GK ☐ Синдром раздраженного кишечника
☐ Другие заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, зубов или полости рта: _____

Заболевания опорно-двигательного аппарата

- MC ☐ Ювенильный ревматоидный или идиопатический артрит
☐ Другое (укажите): _____

Рак, опухоль

- ☐ Укажите: _____

Расстройства нервной системы

NB ☐ синдром дефицита внимания и гиперактивности (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD), синдром дефицита внимания (Attention Deficit Disorder, ADD), кто диагностировал: _____

- NC ☐ Расстройство аутистического спектра
NE ☐ Церебральный паралич
NF ☐ Дефекты развития
NH ☐ Мигрени
NI ☐ Головные боли, рецидивирующие
NP ☐ Судорожное расстройство: ☐ сейчас ☐ в прошлом, тип: _____
NU ☐ Травматическое повреждение головного мозга
☐ Другие неврологические заболевания: _____

Трансплантат

- OD ☐ Укажите орган и дату: _____

Психические или поведенческие расстройства

- PA ☐ Тревожность
PC ☐ Депрессия
PH ☐ Расстройство сна
☐ Другое психическое или поведенческое расстройство: _____

Респираторные заболевания, болезни дыхательной системы

- RG ☐ Астма, сейчас
RH ☐ Астма, когда-либо была диагностирована
RA ☐ Астма, приступы вызываются физической нагрузкой
RE ☐ Реактивное заболевание дыхательных путей
☐ Другие респираторные заболевания: _____

Кожные заболевания

- SB ☐ Экзема, контактный дерматит или псориаз
☐ Другое заболевание кожи: _____

Заболевания мочеполовой системы

- ☐ Укажите: _____

Болезни ушей, расстройства слуха

- YA ☐ Хронические ушные инфекции: ☐ сейчас ☐ в прошлом
YB ☐ Нарушение слуха: ☐ слуховой аппарат ☐ кохлеарный имплантат
☐ Другие заболевания уха: _____

Болезни глаз, расстройства зрения

- YF ☐ Носит контактные линзы или очки
YE ☐ Нарушение цветового зрения
YD ☐ Нарушение зрения
☐ Другое заболевание глаз: _____

Другие проблемы со здоровьем

- ☐ Укажите: _____

Медицинское досье учащегося (продолжение)

Данные учащегося. Фамилия: _____ Имя: _____ Дата рождения: _____

Медицинские устройства

- OLA ☐ Стимулятор блуждающего нерва
OLB ☐ Автоматический внутрисердечный дефибриллятор
OLC ☐ Кардиостимулятор
OLD ☐ Гастростомическая трубка
OLE ☐ Еюностомическая трубка
☐ Скоба
☐ Протез (укажите): _____
☐ Другие медицинские устройства: _____

OKA ☐ Гастростомия

OKB ☐ Колостомия

OKD ☐ Трахеостомия

OKE ☐ Уростомия

OK ☐ Другое (укажите): _____

Проблемы с физической активностью, мобильностью:

☐ Инвалидная коляска

☐ Костыли

☐ Другое (укажите): _____

Стома

ОС ☐ Известных проблем со здоровьем нет

Укажите инициалы: _____

Лекарства

Сообщите обо всех лекарствах, которые ваш ребенок принимает дома и/или в школе.

Нужны ли лекарства дома? ☐ Нет ☐ Да (укажите): _____

Нужны ли лекарства в школе? ☐ Нет ☐ Да (укажите): _____

Оформите ТРЕБУЕМЫЕ документы для приема лекарств в школе.

Закон штата требует письменного разрешения опекуна и медицинского работника перед приемом в школе любых лекарств (отпускаемых по рецепту и без рецепта). Формы можно получить в администрации вашей школы или на сайте нашего округа, их необходимо заполнять каждый календарный год.

Я понимаю, что предоставленная мной информация будет передана соответствующим сотрудникам школы, которым необходимо иметь ее для обеспечения здоровья и безопасности моего ребенка. Если в момент возникновения медицинской необходимости будет невозможно связаться с родителями/опекунами или уполномоченными контактными лицами для экстренных ситуаций, а также если, по мнению школьной администрации, потребует срочная помощь, я разрешаю и поручаю школьной администрации отправить моего ребенка в больницу или к врачу, до которых легче всего добраться. Я понимаю, что беру на себя полную ответственность за оплату всех оказанных услуг.

Я понимаю, что по закону штата Washington перед началом занятий в школе необходимо, чтобы у моего ребенка был статус полной или условной вакцинации. Я разрешаю школе моего ребенка добавлять информацию о вакцинации в информационную систему вакцинации, чтобы помочь школе вести школьную документацию моего ребенка.

Подпись родителя или официального опекуна: _____

Дата: _____

Подтверждение вакцинации (только для служебных отметок)

№ WAIS: _____

Серия CIS: ☐ Дошкольное учреждение ☐ Класс К-6 ☐ Класс 7 ☐ Класс 8-12

☐ В свидетельстве о статусе вакцинации (Certificate of Immunization Status, CIS) в информационной системе штата Washington по вопросам вакцинации (Washington State Immunization Information System, WAIS) статус вакцинации является ПОЛНЫМ.

или

☐ В CIS WAIS статус иммунизации является УСЛОВНЫМ, и срок действия условного статуса истекает после первого дня обучения.

☐ Родитель/опекун подписал подтверждение условного статуса в CIS.

или

☐ Учащийся не зарегистрирован в WAIS. Необходимо предоставить документы о вакцинации, заверенные медицинским учреждением.

☐ Предоставлены документы о вакцинации, заверенные медицинским учреждением

☐ Разрешение на ввод заявления подписано

или

☐ Предоставлено свидетельство об освобождении (Certificate of Exemption, COE) в отношении всех вакцин, не соответствующих требованиям в CIS WAIS или WAIS.

☐ COE полностью оформлено

☐ Разрешение на ввод заявления подписано

или

☐ В CIS WAIS статус вакцинации НЕ ПОЛНЫЙ. Учащийся не может приступить к занятиям в школе до тех пор, пока не будут получены документы об отсутствующих прививках, которые изменят статус CIS на ПОЛНЫЙ или УСЛОВНЫЙ.

☐ Учащийся добавлен в журнал школьного модуля, класс: _____

Сотрудник, подтвердивший вакцинацию: _____

Дата: _____