



# Історія хвороб учня

Дані учня. Прізвище \_\_\_\_\_ Ім'я \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Закон штату вимагає, щоб учні з небезпечними для життя станами здоров'я, як-от анафілаксія, важка астма, діабет або конвульсії, мали план медичного обслуговування до першого дня в школі. Зв'яжіться зі шкільною медсестрою якнайшвидше, щоб заповнити відповідні форми.

Чи має ваша дитина НЕБЕЗПЕЧНИЙ ДЛЯ ЖИТТЯ стан здоров'я? ☐ Так ☐ Ні

## Історія хвороб (позначте всі відповідні пункти)

### НЕБЕЗПЕЧНІ ДЛЯ ЖИТТЯ СТАНИ ЗДОРОВ'Я (ПОТРІБЕН план медичного обслуговування)

- EG ☐ Анафілаксія (призначено адреналін)  
Алергени: \_\_\_\_\_  
EK ☐ Діабет, тип 1  
NP ☐ Конвульсії (потрібне екстрене введення ліків)  
RG ☐ Астма, важка форма  
☐ Інші небезпечні для життя стани здоров'я: \_\_\_\_\_

### Уроджені й генетичні захворювання

- AN ☐ Синдром Дауна  
AJ ☐ Фетальний алкогольний синдром  
☐ Інше (укажіть): \_\_\_\_\_

### Хвороби крові, гематологічні розлади

- BA ☐ Анемія  
BV ☐ Гемофілія  
BC ☐ Серповидноклітинна: хвороба \_\_\_\_\_ аномалія \_\_\_\_\_  
OJ ☐ Сильні носові кровотечі в анамнезі  
☐ Інше захворювання крові: \_\_\_\_\_

### Кардіологічні захворювання, хвороби серця

- CC ☐ Вроджена вада серця  
CD ☐ Шуми в серці  
☐ Інші серцево-судинні захворювання: \_\_\_\_\_

### Алергії, розлади імунної, ендокринної, метаболічної системи та харчування

- ED ☐ Алергія на їжу: \_\_\_\_\_  
EE ☐ Алергія на комах: \_\_\_\_\_  
☐ Інша алергія: \_\_\_\_\_  
EL ☐ Діабет, тип 2  
☐ Інші розлади імунної, ендокринної, метаболічної системи та харчування: \_\_\_\_\_

### Шлунково-кишкові, стоматологічні захворювання та хвороби ротової порожнини

- GA ☐ Целиакія  
GG ☐ Харчова непереносимість (укажіть): \_\_\_\_\_  
GL ☐ Непереносимість лактози  
GF ☐ Нетримання калу  
GO ☐ Хронічний запор  
GH ☐ Шлунковий рефлюкс  
GJ ☐ Запальне захворювання кишечника  
GK ☐ Синдром подразненого кишечника  
☐ Інше захворювання шлунково-кишкового тракту, печінки, зубів або ротової порожнини: \_\_\_\_\_

### Захворювання опорно-рухового апарату

- MC ☐ Ювенільний ревматоїдний / ідіопатичний артрит  
☐ Інше (укажіть): \_\_\_\_\_

### Рак, пухлина

- ☐ Укажіть: \_\_\_\_\_

### Розлади нервової системи

- NB ☐ Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) / синдром дефіциту уваги (Attention Deficit Disorder, ADD), ким діагностовано: \_\_\_\_\_  
NC ☐ Розлад аутистичного спектра  
NE ☐ Дитячий церебральний параліч  
NF ☐ Порушення розвитку  
NH ☐ Мігрень  
NI ☐ Повторюваний головний біль  
NP ☐ Судомний синдром: ☐ зараз ☐ у минулому, тип: \_\_\_\_\_  
NU ☐ Черепно-мозкова травма  
☐ Інший неврологічний розлад: \_\_\_\_\_

### Трансплантат

- OD ☐ Укажіть органи та дати: \_\_\_\_\_

### Психічні чи поведінкові розлади

- PA ☐ Тривожність  
PC ☐ Депресія  
PH ☐ Порушення сну  
☐ Інші психічні чи поведінкові розлади: \_\_\_\_\_

### Респіраторні хвороби, захворювання дихальної системи

- RG ☐ Астма, зараз  
RH ☐ Астма, було коли-небудь діагностовано  
RA ☐ Астма, напади спричинює фізичне навантаження  
RE ☐ Реактивне захворювання дихальних шляхів  
☐ Інші респіраторні захворювання: \_\_\_\_\_

### Шкірні захворювання

- SB ☐ Екзема, контактний дерматит або псоріаз  
☐ Інше захворювання шкіри: \_\_\_\_\_

### Захворювання сечовидільної системи та статевих органів

- ☐ Укажіть: \_\_\_\_\_

### Хвороби вух, розлади слуху

- YA ☐ Хронічні інфекції вух: ☐ зараз ☐ у минулому  
YB ☐ Порушення слуху: ☐ слуховий апарат ☐ кохлеарний імплантат  
☐ Інші захворювання вух: \_\_\_\_\_

### Хвороби очей, розлади зору

- YF ☐ Носить окуляри / контактні лінзи  
YE ☐ Порушення кольорового зору  
YD ☐ Слабкий зір  
☐ Інші захворювання очей: \_\_\_\_\_

### Інші проблеми зі здоров'ям

- ☐ Укажіть: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Історія хвороб учня (продовження)

Дані учня. Прізвище \_\_\_\_\_ Ім'я \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

### Медичні пристрої

- OLA ☐ Стимулятор блукаючого нерва  
OLB ☐ Автоматичний внутрішній кардіодефібрилятор  
OLC ☐ Кардіостимулятор  
OLD ☐ Гастростомічна трубка  
OLE ☐ Еюностомічна трубка  
☐ Скоби  
☐ Протез (укажіть): \_\_\_\_\_  
☐ Інші медичні пристрої: \_\_\_\_\_

### Стома

- OKA ☐ Гастростомія  
OKB ☐ Колостомія  
OKD ☐ Трахеостомія  
OKE ☐ Уростомія  
OK ☐ Інше (укажіть): \_\_\_\_\_

### Проблеми з фізичною активністю / мобільністю:

- ☐ Інвалідна коляска  
☐ Милиці  
☐ Інше (укажіть): \_\_\_\_\_

ОС ☐ Немає відомих проблем зі здоров'ям

Поставте ініціали: \_\_\_\_\_

### Ліки

Повідомте про всі ліки, які ваша дитина приймає вдома та/або в школі.

Чи потрібні ліки вдома? ☐ Ні ☐ Так (укажіть): \_\_\_\_\_

Чи потрібні ліки в школі? ☐ Ні ☐ Так (укажіть): \_\_\_\_\_

### Заповніть НЕОБХІДНІ документи для приймання ліків у школі.

*Закон штату вимагає письмового дозволу від опікуна та постачальника медичних послуг, перш ніж будь-які ліки (що відпускаються за рецептом або без рецепта) можна буде приймати в школі. Бланки можна отримати в шкільному офісі або на сайті нашого округу. Їх потрібно заповнювати кожного календарного року.*

Я розумію, що надану мною інформацію буде передано відповідному шкільному персоналу, який повинен мати її для забезпечення здоров'я та безпеки моєї дитини. Якщо в разі потреби в екстреній медичній допомозі неможливо зв'язатися з батьками / опікунами або уповноваженими контактними особами для екстрених ситуацій і якщо, на думку адміністрації школи, медична допомога потрібна невідкладно, я надаю шкільній адміністрації право та дозвіл направити учня до найближчої лікарні або лікаря. Я розумію, що беру на себе повну відповідальність за оплату будь-яких послуг.

Я розумію, що закон штату Washington вимагає, щоб перед початком навчання дитина мала повний або умовний статус вакцинації. Я даю дозвіл школі моєї дитини додавати інформацію про вакцинацію в Інформаційну систему вакцинації, щоб допомогти школі вести шкільну документацію моєї дитини.

Підпис одного з батьків / законного опікуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### Підтвердження вакцинації (заповнюється адміністрацією)

№ WAIS: \_\_\_\_\_ Серія CIS: ☐ Дошкільний заклад ☐ Клас K-6 ☐ Клас 7 ☐ Клас 8-12

☐ Статус вакцинації є ПОВНИМ у Сертифікаті статусу вакцинації (Certificate of Immunization Status, CIS) в Інформаційній системі вакцинації штату Washington (Washington State Immunization Information System, WAIS).

#### АБО

☐ Статус вакцинації є УМОВНИМ у CIS системи WAIS, а дата закінчення умовного статусу настає після першого дня відвідування.

☐ Один із батьків / опікун підписав підтвердження умовного статусу в CIS.

#### АБО

☐ Учень не зареєстрований у WAIS. Потрібно надати документи про вакцинацію, засвідчені медичним фахівцем або установою.

☐ Документи про вакцинацію, засвідчені медичним фахівцем або установою, надано

☐ Дозволи на внесення заяви

підписано

#### АБО

☐ Надано свідоцтво про звільнення (Certificate of Exemption, COE) для всіх вакцин, що не відповідають вимогам у CIS системи WAIS або у WAIS.

☐ COE повністю заповнено

☐ Дозволи на внесення заяви підписано

#### АБО

☐ Статус вакцинації НЕ ПОВНИЙ у CIS системи WAIS. Учень не може почати відвідувати школу, доки не буде отримано документацію щодо відсутніх щеплень, яка змінить статус CIS на ПОВНИЙ або УМОВНИЙ.

☐ Учня додано в список шкільного модуля, клас: \_\_\_\_\_

Співробітник, що підтвердив вакцинацію \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_