

# МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА УЧЕНИКА

Имя учащегося, Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Есть ли у вашего ребенка ОПАСНОЕ ДЛЯ ЖИЗНИ состояние здоровья?  Да  Нет

*Закон штата требует, чтобы учащиеся с опасными для жизни состояниями, такими как анафилаксия, тяжелая астма, диабет или судороги, составили план ухода до первого дня в школе. Свяжитесь со школьной медсестрой как можно скорее, чтобы заполнить соответствующие формы.*

## МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ (отметьте все подходящие варианты)

### Угрожающие жизни состояния: (ТРЕБУЕТСЯ план ухода)

- Анафилаксия (назначен эпинефрин), список аллергенов: \_\_\_\_\_
- Диабет 1 типа
- Судороги – (требуется экстренное лекарство)
- Астма — тяжелая
- Другое опасное для жизни состояние \_\_\_\_\_

### Врожденное / Генетическое

- Синдром Дауна
- Фетальное расстройство алкогольного спектра
- Другие врожденные/генетические: з. \_\_\_\_\_

### Кровь/гематология

- Анемия
- Гемофилия
- Серповидноклеточная анемия  Болезнь  Особенность
- Тяжелые носовые кровотечения в анамнезе
- Другое состояние крови: \_\_\_\_\_

### Сердечные-сосудистые заболевания / Сердце

- Врожденный порок сердца
- Шумы в сердце
- Другие сердечно-сосудистые заболевания: \_\_\_\_\_

### Аллергия, иммунитет, эндокринная система, метаболические и пищевые расстройства

- Аллергия – продукты питания, список: \_\_\_\_\_
- Аллергия – Насекомые: \_\_\_\_\_
- Аллергия – другое, список: \_\_\_\_\_
- Диабет 2 типа
- Ограничение в еде: \_\_\_\_\_
- Другие эндокринные, иммунные, пищевые или метаболические расстройства: \_\_\_\_\_

### Желудочно-кишечные расстройства, стоматология, ротовая полость

- Целиакия
- Пищевая непереносимость, список: \_\_\_\_\_
- Непереносимость лактозы
- Энкопрез
- Хронический запор
- Желудочный рефлюкс
- Воспалительные заболевания кишечника: \_\_\_\_\_
- Синдром раздраженного кишечника
- Другие заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, зубов, полости рта: \_\_\_\_\_

### Опорно-двигательный аппарат

- Юношеский ревматоидный/идиопатический артрит
- Опорно-двигательный аппарат, другое: \_\_\_\_\_

### Рак/Опухоль

- Пожалуйста, перечислите: \_\_\_\_\_

### Неврологическая система

- СДВГ
- Расстройство аутистического спектра
- ДЦП
- Нарушение развития
- Мигрени
- Головные боли, повторяющиеся
- Судорожный синдром  Текущий  В анамнезе  
Тип: \_\_\_\_\_
- Черепно-мозговая травма
- Другое неврологическое состояние: \_\_\_\_\_

### Трансплантация

- Перечислите органы: \_\_\_\_\_

### Психическое или поведенческое здоровье

- Тревога
- Депрессия
- Расстройство сна
- Другое психическое или поведенческое заболевание: \_\_\_\_\_

### Респираторная система / Дыхание

- Астма – Текущая
- Астма – когда-либо диагностированная
- Астма, индуцированная физической нагрузкой
- Реактивное заболевание дыхательных путей
- Другое респираторное заболевание: \_\_\_\_\_

### Кожа

- Экзема  Контактный дерматит  Псориаз
- Другое состояние кожи: \_\_\_\_\_

### Почки

- Пожалуйста, перечислите: \_\_\_\_\_

### Уши / Слух — укажите Л или П для левого или правого уха

- Хронические ушные инфекции  Текущие  В анамнезе
- Нарушение слуха: \_\_\_\_\_
- Слуховой(ые) аппарат(ы) \_\_\_\_\_  Кохлеарный Имплант \_\_\_\_\_
- Другие заболевания ушей: \_\_\_\_\_

### Глаза / Зрение

- Носит очки  Носит контактные линзы
- Дефицит цветового зрения
- Слабовидящий(-ая)
- Другие заболевания глаз: \_\_\_\_\_

### Другие проблемы со здоровьем или другая информация

Нет известных проблем со здоровьем

Пожалуйста, поставьте инициалы \_\_\_\_\_

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА УЧЕНИКА

Имя учащегося, Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

### МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

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

Нужны ли лекарства в домашних условиях? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Список: _____
Нужны ли лекарства в школе? <b>Заполните</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Список: _____
<b>НЕОБХОДИМЫЕ документы для получения лекарств в школе.</b>	
<i>Закон штата требует письменного разрешения от опекуна и поставщика медицинских услуг, прежде чем принимать какие-либо лекарства (рецептурные и безрецептурные) в школе. Формы доступны в школьном офисе или на веб-сайте нашего округа и должны заполняться ежегодно.</i>	

<b>Медицинское оборудование</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Стимулятор блуждающего нерва</li> <li><input type="checkbox"/> Автоматический внутренний дефибриллятор сердца</li> <li><input type="checkbox"/> Кардиостимулятор</li> <li><input type="checkbox"/> Гастростомическая трубка</li> <li><input type="checkbox"/> Еюностомическая трубка</li> <li><input type="checkbox"/> Ортез</li> <li><input type="checkbox"/> Протезы, Список: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Другое мед. оборудование, список: _____</li> </ul>	<b>Стома</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Гастростомия</li> <li><input type="checkbox"/> Колостомия</li> <li><input type="checkbox"/> Трахеостомия</li> <li><input type="checkbox"/> Уростомия</li> <li><input type="checkbox"/> Другое, Список: _____</li> </ul> <p>Проблемы с физической активностью / подвижностью:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Инвалидная коляска</li> <li><input type="checkbox"/> Костыли</li> <li><input type="checkbox"/> Другое, Список: _____</li> </ul>
--	---

Я понимаю, что предоставленная мной информация будет передана соответствующему школьному персоналу, который должен знать ее для обеспечения здоровья и безопасности моего ребенка. Если родители/опекуны или уполномоченные экстренные контакты не могут быть контактированы во время неотложной медицинской ситуации, и если экстренная помощь является неотложной по мнению школьных властей, я разрешаю и даю указания школьным властям направить учащегося в больницу или к легко доступному поставщику медицинских услуг в ближайшее время. Я понимаю, что беру на себя полную ответственность за оплату любых оказанных услуг. **Я понимаю, что закон штата Вашингтон требует, чтобы иммунизация моего ребенка была полной или условной перед поступлением в школу.** Я разрешаю школе моего ребенка добавлять информацию об иммунизации в Информационную систему иммунизации, чтобы помочь школе вести школьную документацию моего ребенка.

Подпись родителя/законного опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

### ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

#### ПРОВЕРКА ИММУНИЗАЦИИ

WAIS # \_\_\_\_\_ Серия CIS:  Подг. класс  Класс К-6  Класс 7-8  Класс 9-12

Статус иммунизации ПОЛНЫЙ в сертификате статуса иммунизации WAIS (CIS).

**или**

Статус иммунизации является УСЛОВНЫМ в WAIS CIS, и срок действия условного статуса наступает после первого дня посещения.

Родитель/опекун подписал условное подтверждение статуса в CIS.

**или**

Ученик не состоит в WAIS. **Должны быть предоставлены медицинские записи о прививках.**

Предоставлены медицинские записи о прививках  Заявление на разрешение на вход подписано

**или**

Сертификат освобождения (COE) предоставляется для всех вакцин, не соответствующих требованиям WAIS CIS или WAIS.

COE полностью заполнен  Заявление на разрешение на вход подписано

**или**

Статус иммунизации НЕ ПОЛНЫЙ в WAIS CIS. **Учащийся не может начать учебу до тех пор, пока не будут получены документы о получении отсутствующих прививок, что изменит статус CIS на ПОЛНЫЙ или УСЛОВНЫЙ.**

Сотрудник персонала, подтвердивший прививки: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_