

REGISTO DE SAÚDE DE ESTUDANTE

Nome do/a estudante, Apelido: _____ Nome: _____ Data de nascimento: _____ Nota: _____

O/A estudante apresenta um problema de saúde POTENCIALMENTE FATAL? Sim Não

A lei estadual requer que os estudantes com problemas de saúde potencialmente fatais, como anafilaxia, asma grave, diabetes ou convulsões concluam um plano de saúde antes do primeiro dia de escola. Contacte a enfermeira da escola assim que possível para preencher os formulários adequados.

HISTÓRICO MÉDICO (assinalar todas as opções aplicáveis)

<p>Problemas de saúde potencialmente fatais: (OBRIGATÓRIO um plano de saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> Anafilaxia (receitada epinefrina), Indicar alérgeno(s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsões – (necessária medicação de emergência)</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Grave</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas de saúde potencialmente fatais: _____</p> <p>Congénitos/genéticos</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome de Down</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbações do Espectro do Alcoolismo Fetal</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas congénitos/genéticos: _____</p> <p>Sangue/hematologia</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Hemofilia</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia falciforme: <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Características</p> <p><input type="checkbox"/> Histórico de hemorragia nasal grave</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas relacionados com o sangue: _____</p> <p>Cardíacos/coração</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos congénitos</p> <p><input type="checkbox"/> Sopro cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas cardiovasculares: _____</p> <p>Alérgicos, imunes, endócrinos, metabólicos e nutricionais</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia – Alimentos, Indicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia – Insetos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Alergia – Outros Indicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2</p> <p><input type="checkbox"/> Restrições alimentares: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas endócrinos, imunes, nutricionais ou metabólicos: _____</p> <p>Gastrointestinal, dentário e oral</p> <p><input type="checkbox"/> Celíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância alimentar, Indicar: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerância à lactose</p> <p><input type="checkbox"/> Encoprose</p> <p><input type="checkbox"/> Obstipação crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Refluxo gástrico</p> <p><input type="checkbox"/> Doença inflamatória intestinal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome do intestino irritável</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas gastrointestinais, hepáticos, dentários ou orais: _____</p> <p>Musculoesqueléticos</p> <p><input type="checkbox"/> Artrite reumatoide/idiopática juvenil</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas musculoesqueléticos: _____</p> <p>Cancro/tumor</p> <p><input type="checkbox"/> Indicar: _____</p>	<p>Sistema nervoso</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbação de hiperatividade com défice de atenção</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbação do espectro do autismo</p> <p><input type="checkbox"/> Paralisia cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Atraso no desenvolvimento</p> <p><input type="checkbox"/> Enxaquecas</p> <p><input type="checkbox"/> Dores de cabeça, recorrentes</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbação convulsiva <input type="checkbox"/> Atualmente <input type="checkbox"/> Histórico</p> <p>Tipo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Traumatismo cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Outros problemas neurológicos: _____</p> <p>Transplante</p> <p><input type="checkbox"/> Indicar órgãos: _____</p> <p>Saúde mental ou comportamental</p> <p>Ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Depressão</p> <p><input type="checkbox"/> Perturbação do sono</p> <p><input type="checkbox"/> Outro problema de saúde mental ou comportamental: _____</p> <p>Respiratório/respiração</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Atualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Diagnosticada</p> <p><input type="checkbox"/> Asma – Resultante de exercício</p> <p><input type="checkbox"/> Doença reativa das vias respiratórias</p> <p><input type="checkbox"/> Outro problema respiratório: _____</p> <p>Pele</p> <p><input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Dermatite de contacto <input type="checkbox"/> Psoríase</p> <p><input type="checkbox"/> Outro problema de pele: _____</p> <p>Renal/rins</p> <p><input type="checkbox"/> Indicar: _____</p> <p>Ouvidos/audição – indicar E ou D para esquerda ou direita</p> <p><input type="checkbox"/> Infecções dos ouvidos crónicas <input type="checkbox"/> Atualmente <input type="checkbox"/> Histórico</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiência auditiva: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Aparelho(s) auditivo(s) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Implante coclear _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro problema relacionado com os ouvidos: _____</p> <p>Olhos/visão</p> <p><input type="checkbox"/> Usa óculos <input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto</p> <p><input type="checkbox"/> Défice da visão de cores</p> <p><input type="checkbox"/> Deficiência visual</p> <p><input type="checkbox"/> Outro problema relacionado com os olhos: _____</p> <p>Outros problemas de saúde ou informações</p> <p><input type="checkbox"/></p>
---	--

No known health concerns

Please initial _____

REGISTO DE SAÚDE DE ESTUDANTE

Nome do/a estudante, Apelido: _____ Nome: _____ Data de nascimento: _____

MEDICAÇÃO

Indique toda a medicação que o/a estudante toma em casa e/ou na escola.

É necessária medicação em casa? Não Sim Indicar: _____

É necessária medicação na escola? Não Sim Indicar: _____

Preencha a documentação OBRIGATÓRIA referente à toma de medicação na escola.

A lei estadual requer a permissão por escrito do guardião e de um prestador de cuidados de saúde com vista à toma de medicação (sujeita ou não a receita médica) na escola. Os formulários encontram-se disponíveis no respetivo gabinete escolar ou no site do nosso distrito. Estes devem ser preenchidos anualmente.

Dispositivos médicos

- Estimulador do nervo vago
- Desfibrilador cardíaco interno automático
- Pacemaker
- Tubo de gastrostomia
- Tubo de jejunostomia
- Dispositivo de fixação
- Prótese, Indicar: _____
- Outros dispositivos médicos, Indicar: _____

Estoma

- Gastrostomia
- Colostomia
- Traqueostomia
- Urostomia
- Outro, Indicar: _____

Atividade física/problemas de mobilidade:

- Cadeira de rodas
- Muletas
- Outro, Indicar: _____

Compreendo que as informações que forneci vão ser partilhadas com pessoal docente que delas necessite para garantir a saúde e segurança do/a estudante. No caso de uma emergência médica, se não for possível contactar os pais/guardiões ou os contactos de emergência autorizados e caso as autoridades escolares considerem ser necessária a prestação imediata de cuidados, autorizo que as autoridades escolares encaminhem o/a estudante para um hospital ou prestador de cuidados de saúde mais facilmente acessível. Compreendo que assumirei total responsabilidade pelo pagamento de quaisquer serviços prestados. **Compreendo que a lei do estado de Washington requer que a imunização concluída ou condicional do/a estudante antes do início da escola.** Permito que a escola do meu/minha filho/a adicione informações relacionadas com a imunização ao Sistema de Informação sobre Imunização, com vista a gerir o registo escolar do/a mesmo/a.

Assinatura da entidade parental/guardião: _____ Data: _____

FOR OFFICE USE ONLY

IMMUNIZATION VERIFICATION

WAIS # _____ CIS Series: Preschool Grade K-6 Grade 7-8 Grade 9-12

Immunization Status is COMPLETE on the WAIS Certificate of Immunization Status (CIS).

OR

Immunization Status is CONDITIONAL on the WAIS CIS and the conditional status expiration date is after the first day of attendance.

Parent/Guardian has signed the conditional status acknowledgement on the CIS.

OR

Student is not in WAIS. **Medically verified immunization records must be provided.**

Medically verified immunization records provided Permission to enter statement signed

OR

Certificate of Exemption (COE) provided for all vaccines not in compliance on WAIS CIS or in WAIS.

COE is fully completed Permission to enter statement signed

OR

Immunization Status is NOT COMPLETE on the WAIS CIS. **Student may not start school until documentation of missing immunizations is received that will change the CIS status to COMPLETE or CONDITIONAL.**

Staff who verified immunizations: _____ Date: _____