



# Департамент освіти штату Коннектикут

## Звіт про оцінку стану здоров'я



Батькові або опікуну:

Щоб забезпечити найкращий рівень освіти, шкільний персонал повинен розуміти потреби здоров'я вашої дитини. Ця форма вимагає від вас інформації (частина 1), яка також буде корисною для медичного працівника при проходженні медичного обстеження (частина 2) та усної оцінки (частина 3).

Законодавство штату вимагає проведення повної первинної імунізації та оцінки стану здоров'я кваліфікованим медичним працівником, дипломованою медсестрою з поглибленою практикою або дипломованою медичною сестрою, яка має ліцензію відповідно до глави

378, а також асистентом лікаря, який має ліцензію відповідно до глави 370, шкільним лікарем-консультантом або правочинним лікарем загальної практики, дипломованою медсестрою з поглибленою практикою або асистентом лікаря, який працював на будь-якій військовій базі до початку роботи в школі в штаті Коннектикут (C.G.S. розділи 10-204a і 10-206). У 6-му або 7-му класі та в 9-му або 10-му класі необхідно провести оновлену імунізацію і додаткові медичні огляди. Конкретні паралельні класи будуть визначені місцевим управлінням освіти. Ця форма також може бути використана для обов'язкової щорічної оцінки стану здоров'я, потрібної для учнів, які є членами спортивних команд

*Будь ласка, роздрукуйте*

Ім'я учня (прізвище, ім'я, по батькові)	Дата народження	<input type="checkbox"/> Чоловік <input type="checkbox"/> Жінка
Адреса (вулиця, місто і поштовий індекс)		
Ім'я батька (матері) / опікуна (прізвище, ім'я, по батькові)	Домашній телефон	Стільниковий телефон
Школа / клас	Раса / етнічна приналежність	<input type="checkbox"/> Чорний, не іспаномовного походження
Постачальник первинної медичної допомоги	<input type="checkbox"/> Американський індіанець / уродженець Аляски	<input type="checkbox"/> Білий, не іспаномовного походження
	<input type="checkbox"/> Іспаномовний / латиноамериканець	<input type="checkbox"/> Мешканець Азії/ островів Тихоокеанського регіону
<input type="checkbox"/> Інше		
Медична страхова компанія/номер * або Medicaid/номер*		
Чи є у вашої дитини медичне страхування?	Так Ні	Якщо у вашої дитини немає медичного страхування, зателефонуйте <b>1-877-CT-HUSKY</b>
Чи є у вашої дитини стоматологічне страхування?	Так Ні	

\* Якщо застосовується

### Частина 1 — повинна бути заповнена батьком (матір'ю)/опікуном.

**Перед медичним оглядом дайте відповідь на ці запитання щодо історії хвороби вашої дитини.**

Будь ласка, обведіть кружком **Так**, якщо «так», або **Ні**, якщо «ні». Поясніть усі відповіді «так» у полі, зазначеному нижче.

Чи були будь-які проблеми зі здоров'ям	Так Ні	Госпіталізація або відвідування відділення невідкладної допомоги	Так Ні	Струс мозку	Так Ні
Алергія на харчові продукти або укуси бджіл	Так Ні	Будь-які переломи кісток або вивихи	Так Ні	Непритомність або втрата свідомості	Так Ні
Алергія на лікарські препарати	Так Ні	Будь-які травми м'язів або суглобів	Так Ні	Біль у грудях	Так Ні
Будь-які алергічні реакції	Так Ні	Будь-які травми шиї або спини	Так Ні	Проблеми з серцем	Так Ні
Будь-які ліки для щоденного прийому	Так Ні	Проблеми з бігом	Так Ні	Високий артеріальний тиск	Так Ні
Будь-які проблеми із зором	Так Ні	Інфекційний мононуклеоз (за останній рік)	Так Ні	Кровотеча сильніше, ніж очікувалося	Так Ні
Користується контактними лінзами або окулярами	Так Ні	Має лише 1 нирку або яєчко	Так Ні	Проблеми з диханням або кашель	Так Ні
Будь-які проблеми зі слухом	Так Ні	Надмірне збільшення / втрата ваги	Так Ні	Будь-яке куріння	Так Ні
Будь-які проблеми із мовою	Так Ні	Зубні брекети, ковпачки або мостоподібні протези	Так Ні	Лікування бронхіальної астми (останні 3 роки)	Так Ні
<b>Сімейний анамнез</b>					
У кого-небудь з родичів коли-небудь траплялася раптова незрозуміла смерть (у віці до 50 років)			Так Ні	Лікування судомних нападів (останні 2 роки)	Так Ні
У кого-небудь з найближчих родичів є високий рівень холестерину			Так Ні	Діабет	Так Ні
			Так Ні	СДУГ/дефіцитарний розлад уваги	Так Ні

Поясніть тут усі відповіді «так». У разі захворювань/травм тощо вкажіть рік і/або вік вашої дитини на той момент.

Ви маєте щось обговорити зі шкільною медсестрою?  Так  Ні Якщо так, поясніть:

Перелічіть усі ліки, які ваша дитина повинна буде приймати у школі:

Для прийому всіх видів ліків у школі потрібна окрема форма дозволу на прийом ліків, підписана медичним працівником і батьком (матір'ю)/опікуном.

Я даю дозвіл на публікацію та обмін інформацією у цій формі між шкільною медсестрою та медичним працівником для конфіденційного використання для задоволення потреб моєї дитини в галузі охорони здоров'я та освіти в школі.

Підпис батька (матері)/опікуна

Дата

## Part 2 — Medical Evaluation

**Health Care Provider must complete and sign the medical evaluation and physical examination**

Student Name \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ Date of Exam \_\_\_\_\_

I have reviewed the health history information provided in Part 1 of this form

### Physical Exam

**Note:** \*Mandated Screening/Test to be completed by provider under Connecticut State Law

\*Height \_\_\_\_\_ in. / \_\_\_\_\_% \*Weight \_\_\_\_\_ lbs. / \_\_\_\_\_% BMI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_% Pulse \_\_\_\_\_ \*Blood Pressure \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	Normal	Describe Abnormal	Ortho	Normal	Describe Abnormal
Neurologic			Neck		
HEENT			Shoulders		
*Gross Dental			Arms/Hands		
Lymphatic			Hips		
Heart			Knees		
Lungs			Feet/Ankles		
Abdomen			*Postural <input type="checkbox"/> No spinal abnormality <input type="checkbox"/> Spine abnormality: <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Marked <input type="checkbox"/> Referral made		
Genitalia/ hernia					
Skin					

### Screenings

*Vision Screening	*Auditory Screening	History of Lead level ≥ 5µg/dL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Date
Type: <u>Right</u> <u>Left</u> With glasses    20/    20/ Without glasses    20/    20/ <input type="checkbox"/> Referral made	Type: <u>Right</u> <u>Left</u> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Referral made	*HCT/HGB:	
		*Speech (school entry only)	
		Other:	

**TB:** High-risk group?  No  Yes    PPD date read: \_\_\_\_\_ Results: \_\_\_\_\_ Treatment: \_\_\_\_\_

### \*IMMUNIZATIONS

Up to Date or  Catch-up Schedule: **MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED**

#### \*Chronic Disease Assessment:

**Asthma**  No  Yes:  Intermittent  Mild Persistent  Moderate Persistent  Severe Persistent  Exercise induced  
*If yes, please provide a copy of the **Asthma Action Plan** to School*

**Anaphylaxis**  No  Yes:  Food  Insects  Latex  Unknown source

**Allergies** *If yes, please provide a copy of the **Emergency Allergy Plan** to School*

History of Anaphylaxis  No  Yes    Epi Pen required  No  Yes

**Diabetes**  No  Yes:  Type I  Type II

**Other Chronic Disease:**

**Seizures**  No  Yes, type: \_\_\_\_\_

This student has a developmental, emotional, behavioral or psychiatric condition that may affect his or her educational experience.

*Explain:* \_\_\_\_\_

Daily Medications (*specify*): \_\_\_\_\_

This student may:  **participate fully in the school program**

participate in the school program with the following restriction/adaptation: \_\_\_\_\_

This student may:  **participate fully in athletic activities and competitive sports**

participate in athletic activities and competitive sports with the following restriction/adaptation: \_\_\_\_\_

Yes  No Based on this comprehensive health history and physical examination, this student has maintained his/her level of wellness.

Is this the student's medical home?  Yes  No  I would like to discuss information in this report with the school nurse.

Signature of health care provider    MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped <b>Provider</b> Name and Phone Number
--	-------------	---

## Part 3 — Oral Health Assessment/Screening

**Health Care Provider must complete and sign the oral health assessment.**

To Parent(s) or Guardian(s):

State law requires that each local board of education request that an oral health assessment be conducted prior to public school enrollment, in either grade six or grade seven, and in either grade nine or grade ten (Public Act No. 18-168). The specific grade levels will be determined by the local board of education. The oral health assessment shall include a dental examination by a dentist or a visual screening and risk assessment for oral health conditions by a dental hygienist, or by a legally qualified practitioner of medicine, physician assistant or advanced practice registered nurse who has been trained in conducting an oral health assessment as part of a training program approved by the Commissioner of Public Health.

Student Name (Last, First, Middle)	Birth Date	Date of Exam
School	Grade	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Home Address		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone

<b>Dental Examination</b> Completed by: <input type="checkbox"/> Dentist	<b>Visual Screening</b> Completed by: <input type="checkbox"/> MD/DO <input type="checkbox"/> APRN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Dental Hygienist	<b>Normal</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Abnormal (Describe) _____ _____ _____ _____	<b>Referral Made:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>Risk Assessment</b> <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> High	<b>Describe Risk Factors</b> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance  <input type="checkbox"/> Saliva  <input type="checkbox"/> Gingival condition  <input type="checkbox"/> Visible plaque  <input type="checkbox"/> Tooth demineralization  <input type="checkbox"/> Other _____                 </td> <td style="width: 33%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Carious lesions  <input type="checkbox"/> Restorations  <input type="checkbox"/> Pain  <input type="checkbox"/> Swelling  <input type="checkbox"/> Trauma  <input type="checkbox"/> Other _____                 </td> <td style="width: 34%; border: none;"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Gingival condition <input type="checkbox"/> Visible plaque <input type="checkbox"/> Tooth demineralization <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Carious lesions <input type="checkbox"/> Restorations <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Dental or orthodontic appliance <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Gingival condition <input type="checkbox"/> Visible plaque <input type="checkbox"/> Tooth demineralization <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Carious lesions <input type="checkbox"/> Restorations <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Other _____					

Recommendation(s) by health care provider: \_\_\_\_\_

I give permission for release and exchange of information on this form between the school nurse and health care provider for confidential use in meeting my child's health and educational needs in school.

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of health care provider	DMD / DDS / MD / DO / APRN / PA / RDH	Date Signed	Printed/Stamped <i>Provider</i> Name and Phone Number
-----------------------------------	---------------------------------------	-------------	---

# Immunization Record

**To the Health Care Provider: Please complete and initial below.**

**Vaccine (Month/Day/Year)** Note: \*Minimum requirements prior to school enrollment. At subsequent exams, note booster shots only.

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
<b>DTP/DTaP</b>	*	*	*	*		
<b>DT/Td</b>						
<b>Tdap</b>	*				Required 7th-12th grade	
<b>IPV/OPV</b>	*	*	*			
<b>MMR</b>	*	*			Required K-12th grade	
<b>Measles</b>	*	*			Required K-12th grade	
<b>Mumps</b>	*	*			Required K-12th grade	
<b>Rubella</b>	*	*			Required K-12th grade	
<b>HIB</b>	*				PK and K (Students under age 5)	
<b>Hep A</b>	*	*			See below for specific grade requirement	
<b>Hep B</b>	*	*	*		Required PK-12th grade	
<b>Varicella</b>	*	*			Required K-12th grade	
<b>PCV</b>	*				PK and K (Students under age 5)	
<b>Meningococcal</b>	*				Required 7th-12th grade	
<b>HPV</b>						
<b>Flu</b>	*				PK students 24-59 months old – given annually	
<b>Other</b>						

**Disease Hx** \_\_\_\_\_  
of above (Specify) (Date) (Confirmed by)

**Exemption:** Religious \_\_\_\_\_ **Medical:** Permanent \_\_\_\_\_ Temporary \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Renew Date:** \_\_\_\_\_

**Religious exemption documentation is required upon school enrollment and then renewed at 7th grade entry.  
Medical exemptions that are temporary in nature must be renewed annually.**

## Immunization Requirements for Newly Enrolled Students at Connecticut Schools (as of 8/1/17)

### KINDERGARTEN THROUGH GRADE 6

- DTaP: At least 4 doses, with the final dose on or after the 4th birthday; students who start the series at age 7 or older only need a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccine.
- Polio: At least 3 doses, with the final dose on or after the 4th birthday.
- MMR: 2 doses at least 28 days apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday.
- Hib: 1 dose on or after the 1st birthday (children 5 years and older do not need proof of vaccination).
- Pneumococcal: 1 dose on or after the 1st birthday (children 5 years and older do not need proof of vaccination).
- Hep A: 2 doses given six months apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday. See “HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES” column at the right for more specific information on grade level and year required.
- Hep B: 3 doses, with the final dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 2 doses, with the 1st dose on or after the 1st birthday or verification of disease.\*\*

### GRADES 7 THROUGH 12

- Tdap/Td: 1 dose of Tdap required for students who completed their primary DTaP series; for students who start the series at age 7 or older a total of 3 doses of tetanus-diphtheria containing vaccines are required, one of which must be Tdap.
- Polio: At least 3 doses, with the final dose on or after the 4th birthday.
- MMR: 2 doses at least 28 days apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday.
- Meningococcal: 1 dose
- Hep B: 3 doses, with the final dose on or after 24 weeks of age.
- Varicella: 2 doses, with the 1st dose on or after the 1st birthday or verification of disease.\*\*
- Hep A: 2 doses given six months apart, with the 1st dose on or after the 1st birthday. See “HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES” column at the right for more specific information on grade level and year required.

### HEPATITIS A VACCINE 2 DOSE REQUIREMENT PHASE-IN DATES

- August 1, 2017: Pre-K through 5th grade
- August 1, 2018: Pre-K through 6th grade
- August 1, 2019: Pre-K through 7th grade
- August 1, 2020: Pre-K through 8th grade
- August 1, 2021: Pre-K through 9th grade
- August 1, 2022: Pre-K through 10th grade
- August 1, 2023: Pre-K through 11th grade
- August 1, 2024: Pre-K through 12th grade

\*\* **Verification of disease:** Confirmation in writing by an MD, PA, or APRN that the child has a previous history of disease, based on family or medical history.

**Note:** The Commissioner of Public Health may issue a temporary waiver to the schedule for active immunization for any vaccine if the National Centers for Disease Control and Prevention recognizes a nationwide shortage of supply for such vaccine.