HS 535 AB
سق نملا ظامنلا
دزنوملإد يونسلا يصحلا ثتحديلا جوذمن

Edmonds School District

أكمل هذا النموذج إذا كان لدى الطالب مخاوف صحية جديدة أو محدثة، فيجب أن تكون المدرسة على علم بالاتى

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد : _____ الدرجة: _____

المدرسة : _____ السنة الدراسية : _____ التأمين: **نعم** ❑ **لا** ❑

اسم مقدم الرعاية الصحية : _____ الهاتف : _____

لا يوجد شرط معروف ❑ **يحتاج مترجم** ❑ **اللغة** : _____

الظروف الصحية التي تهدد الحياة ❑ **نعم** ❑ **لا**

❑ الحساسية المفرطة (Epinadrine)
❑ الحساسية / s: _____
❑ مرض السكري: ❑ النوع 1 ❑ النوع 2
❑ التشنجات - (دواء الطوارئ المطلوبة)
❑ الربو - شديد
❑ حالات أخرى تهدد الحياة: _____

* يتطلب قانون الولاية أن يكون لدى الطلاب الذين يعانون من ظروف تهدد الحياة خطة رعاية مكتملة وأن يكون لديهم أدوية في مكانها.

التنفس/التنفس

❑ الربو الحالي
❑ الربو - تشخيص من أي وقت مضى
❑ تمارين الربو
❑ مرض الهواء التفاعلي
❑ الظروف التنفسية الأخرى: _____

العين / الأذنين

❑ ضعف السمع
❑ التهابات الأذن المتكررة
❑ ارتداء النظارات أو العدسات اللاصقة
مسائل أخرى: _____

حساسية, تغذية

❑ الحساسية - الغذاء: _____
❑ حساسية ضد الحشرات: _____
❑ الحساسية - عفن، غبار، حبوب اللقاح. وصف: _____
❑ الحساسية - الأدوية: _____
❑ الحساسية الأخرى: _____

الجهاز الهضمي (الجهاز الهضمي)

❑ اضطراب سيلياك
❑ التعصب الغذائي (بما في ذلك التفضيل الديني): _____
❑ الإمساك المزمن ❑ Encopresis
❑ ارتجاع المعدة ❑ GERD ❑ Harture
❑ مخاوف التغذية: _____
❑ مشاكل الجهاز الهضمي الأخرى: _____

الصحة العقلية أو السلوكية

❑ القلق
❑ الاكتئاب
❑ اضطراب النوم
❑ الصحة العقلية أو السلوكية الأخرى
❑ الشرط: _____
❑ يتلقى العلاج حاليا. التردد: _____

الجهاز العصبى (المخ)

❑ الفرط الحركى تاريخ التشخيص: _____
❑ التوحد الطيف❑ الصداع، المتكررة
❑ التشنجات، النوع: _____
❑ إصابة الدماغ / ارتجاج. تاريخ الإصابة: _____
❑ حالة عصبية أخرى: _____

نزيف

❑ نزيف الأنف المتكرر
❑ حالة الدم الأخرى: _____

العظام / النشاط البدني

❑ الحالة : _____
❑ كرسي متحرك، عكازات، تركيبات: _____
❑ أي عظام مكسورة حديثة أو إصابات أخرى تؤثر على
❑ التنقل : _____

القلب / القلب / تدفق الدم

يرجى وصف الحالة: _____

الأدوية

يحتاج الطالب الدواء في المدرسة للعام الدراسي الحالي: ❑ نعم ❑ لا أدوية في المنزل: ❑ نعم ❑ لا دواء: _____

_____

المستشفيات أو العمليات الجراحية الحديثة.

يرجى وصف الحالة :

_____

مخاوف صحية أخرى أو معلومات غير مدرجة:

_____

_____

يتم الاحتفاظ بالمعلومات المقدمة في سرية تامة وسيتم مشاركتها فقط مع موظفي المدرسة المناسبين الذين يحتاجون إلى معرفته من أجل توفير صحة وسلامة الطالب. تقع على عاتق الوالد / الوصي إخطار ممرضة المدرسة في حالة ظهور مخاوف صحية أو تغير الظروف، وتقديم المراسلات حسب الحاجة من مقدم الرعاية الصحية للطفل فيما يتعلق بحالته (حالاتهم).

التوقيع: _____ الاسم المطبوع: _____ التاريخ: _____