Edmonds School District

HS 40 VT
Dịch vụ Y tế Học sinh
Rối loạn Động kinh

Tên học sinh:_____**Ngày**:_____**NGÀY SINH:**_____**Lớp:** _____

THÔNG TIN VỀ ĐỘNG KINH:

Loại động kinh: _____

Mô tả cơn động kinh: _____

Thời gian động kinh trong bao lâu: _____

Thời gian trung bình trước khi trở lại hoạt động bình thường: _____

Có khi nào ngừng thở không?_____

Có cảnh báo gì xảy ra và/hoặc thay đổi hành vi trước khi lên cơn động kinh: _____

Tần suất động kinh:_____□ Hàng ngày □ Hàng tuần □ Hàng tháng □ Hàng năm

Cơn động kinh thường xảy ra vào thời gian nào trong ngày:_____Lần động kinh cuối cùng: _____

Động kinh bắt đầu từ khi nào?_____Được chẩn đoán khi nào? _____

Có thay đổi nào về kiểu động kinh không? □ Không □ Có, xin mô tả: _____

Các bệnh khác có ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát cơn động kinh của học sinh không? □ Không □ Có, xin mô tả: _____

THUỐC:

Học sinh hiện đang dùng thuốc? □ Không, nếu ngưng thì khi nào?_____□ Có, hoàn thành phần bên dưới

THUỐC	THỜI GIAN/NGÀY	LIỀU LƯỢNG	PHẢN ỨNG PHỤ

Bác sĩ:_____Điện thoại:_____

Học sinh thường được khám bao lâu một lần?_____ Ngày hẹn cuối cùng: _____

Kết quả của lần thăm khám cuối cùng/EEG: _____

NHỮNG CÂN NHẮC ĐẶC BIỆT

□ Quan tâm về giáo dục: _____

□ Quan tâm về hành vi: _____

□ Quan tâm về mặt cảm xúc: _____

□ Biện pháp phòng ngừa về giáo dục thể chất: _____

□ Biện pháp phòng ngừa trong giờ ra chơi: _____

□ Biện pháp phòng ngừa cho chuyến đi thực địa: _____

□ Nhu cầu di chuyển đặc biệt: _____

□ Khác _____

□ Tham gia thể thao sau giờ học/tham gia các hoạt động sau giờ học ở trường? _____

Chữ ký Phụ huynh:_____Ngày:_____Điện thoại Chính:_____

Điện thoại Nơi làm việc:_____Email:_____

Liên lạc Khẩn cấp:_____Quan hệ:_____Điện thoại:_____