



Хүүхдийн эрүүл мэндийн үзлэгийн гэрчилгээ

Оюутны нэр Сүүлийн Эхлээд Дунд			Төрсөн (Сар/Өдөр/) Огноо	Се кс	Арьс өнгө/ Үндэс угсаа	Сургууль/Ангийн түвшин/ID#
Гудамжны хаяг Хот ZIP код			Эцэг эх/асран хамгаалагч Утас (гэр/ажил)			
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТҮҮХ: ЭЦЭГ ЭХ, АСРАН АСРАН ХИЧЭЭЛЭЭР БҮГДҮҮЛЖ ГАРЫН СУУРИЛСАН, ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭЧЭЭР БАТАЛГАСАН БАЙНА.						
ХАРШИЛ (Хоол хүнс, эм, шавьж, бусад)	☐ Тийм ☐ М ☐ Үгүй ☐ Й	Жагсаал т:	ЭМ (Тогтмол эсвэл жороор авдаг)		☐ Тийм ☐ М ☐ Үгүй	Жагсаал т:
Астма өвчний оношлогоо?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Хосолсон эрхтний аль нэгний үйл ажиллагаа	☐ Тиймээ ☐ Үгүй	
Хүүхэд шөнө ханиалгаж сэрдэг үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй			алдагдсан үү? (нүд/чих/бөөр/төмсөг)	☐ Тиймээ ☐ Үгүй	
Төрөхийн гажиг үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Эмнэлэгт хэвтэх үү?	☐ Тиймээ ☐ Үгүй	
Хөгжлийн саатал?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Хэзээ? Юуны төлөө?	☐ Тиймээ ☐ Үгүй	
Цусны эмгэг үү? Гемофили, хадуур эс, бусад?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Мэс засал? (Бүгдийг жагсааж) Хэзээ? Юуны хүнд гэмтэл, өвчин үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй	
Тайлбарлах.	☐ Тийм ☐ Үгүй			Сүрьеэгийн арьсны сорил эерэг (өнгөрсөн, одоо)?	☐ Тийм ☐ Үгүй	
Чихрийн шижин?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Сүрьеэгийн өвчин (өнгөрсөн эсвэл одоо)?	☐ Тийм* ☐ Үгүй	*Тийм бол орон нутгаас лавлана үү
Толгойн гэмтэл/тархины доржилт/ ухаан алдсан үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Тамхины хэрэглээ (төрөл, давтамж)?	☐ Тийм* ☐ Үгүй	эрүүл мэндийн газар
Таталт үү? Тэд ямархуу хүн бэ?	☐ Тийм ☐ Үгүй			Согтууруулах ундаа/хар тамхины хэрэглээ?	☐ Тийм ☐ Үгүй	
Зүрхний асуудал/Амьсгал давчдах үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй			50 наснаас өмнө гэнэт нас барсан гэр бүлийн түүх? (Үчир нь?)	☐ Тийм ☐ Үгүй	
Зүрхний чимээ шуугиан/цусны даралт ихсэх үү?	☐ Тийм ☐ Үгүй				☐ Тийм ☐ Үгүй	
Дасгал хийх үед толгой эргэх эсвэл цээж өвдөх үү? ☐ Холбоо барих Нүдний эмчийн сүүлчийн үзлэг			Брэй ☐ Гүүр ☐ Таваг ☐ Бусад ☐			
Нүд/Алсын хараатай холбоотой асуудал? (Хүнд, саарал зэвсэгт асуудал? Нүд нь эргэлдэх, уламж нь унжсан, нүдээ цавчиж, уншихад бэрхшээлтэй)			Нэмэлт мэдээлэл: Мэдээллийг эрүүл мэнд, боловсролын зорилгоор зохих ажилтнуудтай хуваалцаж болно. Эцэг эх/асран хамгаалагчийн гарын үсэг: _____ Огноо: _____			
Чих/сонсголын асуудал?			☐ Тийм ☐ Үгүй			
Яс/үе мөчний асуудал/гэмтэл/сколиоз?			☐ Тийм ☐ Үгүй			
Дархлаажуулалт: Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчээр хийлгэнэ. Хэрэглэсэн түн бүрийн сар/өдөр/жил шаардлагатай. Хэрэв тодорхой вакцин нь эмнэлгийн хувьд эсрэг заалттай бол эрүүл мэндийн үзлэгт хамрагдах үүрэг бүхий эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгчээс эсрэг заалтын эрүүл мэндийн шалтгааныг тайлбарласан тусдаа бичгээр мэдэгдэл хавсаргана.						
ШААРДЛАГАТАЙ вакцин/тун DTP эсвэл DTaP Tdap; Td эсвэл Хүүхдийн DT	ТУН 1 САЙХАН БАЙНА	ТУН 2 САЙХАН БАЙНА	ТУН 3 САЙХАН БАЙНА	ТУН 4 САЙХАН БАЙНА	ТУН 5 САЙХАН БАЙНА	ТУН 6 САЙХАН БАЙНА
(Тодорхой төрлийг шалгана үү)	☐ Tdap ☐ Td ☐ Д.Т	☐ Tdap ☐ Td ☐ Д.Т	☐ Tdap ☐ Td ☐ Д.Т	☐ Tdap ☐ Td ☐ Д.Т	☐ Tdap ☐ Td ☐ Д.Т	☐ Tdap ☐ Td ☐ Д.Т
Poliovaccine (Тодорхой төрлийг шалгана үү)	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV	☐ IPV ☐ OPV
Хиб гемофил Томуу В хэлбэрийн						
пневмококкийн конъюгат гепатит В MMR						
Улаанбурхан, гахайн хавдар,						
Улаанууд				Сэтгэгдэл: * буруу тунг заана		
Салхин цэцэг (салхин цэцэг) Менингококкийн хавсарганд бодогч эсвэл DTaP-д DTaP-д DTaP-д DTaP-д вакцин, тунг, өвчин, сүрьеэ, гепатит, томүү бусад. Дархлаажуулалтын хугацааг зааж өгнө үү.						
Дээрх дархлаажуулалтын түүхийг баталгаажуулсан эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч (MD, DO, APN, PA, сургуулийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн, эрүүл мэндийн ажилтан) доор гарын үсэг зурах ёстой. Хэрэв дээрх дархлаажуулалтын түүхийн хэсэгт огноо нэмбэл, овог нэрээ бичиж, энд гарын үсэг зурна үү.						
Гарын үсэг _____	Гарчиг _____	Огноо _____				

Оюутны нэр

Төрсөн огноо
(Сар/Өдөр/)

Секс

Сургууль

Ангийн түвшин/ID#

Сүүлээ

Эхлээд

Дунд

Дархлаажуулалтаас чөлөөлөгдсөн шашны гэрчилгээ эсвэл эмнэлгийн эсрэг заалттай эмчийн мэдэгдэл

Сургуулийн захиргаа хянаж, засвар үйлчилгээ хийдэг.

Дархлааны өөр баталгаа 1. Эмнэлзүйн оношийг (улаанбурхан, гахайн хавдар, гепатит В) эмчээр баталгаажуулж, лабораторийн шинжилгээгээр баталгаажуулсан тохиолдолд зөвшөөрнө. Лабораторийн үр дүнгийн хуулбарыг хавсаргана уу.

* Улаанбурхан (Rubella)(MO/ДА/ЖН) **БӨГӨӨ (MO/ДА/ЖН) Элэгний В (MO/ДА/ЖН) ВАРИЦЕЛЛА(MO/ДА/ЖН)

2. Салхин цэцэг (салхин цэцэг) өвчний түүхийг эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэгч, сургуулийн эрүүл мэндийн мэргэжилтэн эсвэл эрүүл мэндийн ажилтан баталгаажуулсан тохиолдолд хүлээн зөвшөөрнө. Доор гарын үсэг зурж Эцэг эх/асран хамгаалагчийн салхин цэцэг өвчний түүхийн тодорхойлолт нь өнгөрсөн халдварын шинж тэмдэг мөн болохыг баталж, энэ түүхийг өвчний баримт бичиг гэж хүлээн зөвшөөрч байна.

Өвчний огноо Гарын үсэг Гарчиг

3. Дархлааны лабораторийн нотолгоо (нэгийг шалгана уу) ☐ Улаанбурхан* ☐ Гахайн хавдар** ☐ Улаанууд ☐ Салхин цэцэг

Лабораторийн үр дүнгийн хуулбарыг хавсаргана уу.

*2002 оны 7-р сарын 1-нээс хойш оношлогдсон улаанбурхан өвчний бүх тохиолдлыг лабораторийн нотлох баримтаар баталгаажуулсан байх ёстой.
**2013 оны 7-р сарын 1-нээс хойш оношлогдсон бүх гахайн хавдар нь лабораторийн нотлох баримтаар батлагдсан байх ёстой.

Дархлаа хамгаалсан эмчийн мэдэгдлийг ЗААВАЛ IDPH-д өгөх ёстой.

Альтернатив 1 эсвэл 3-ыг бөглөхөд лаборатори, эмчийн гарын үсэг байх ёстой.

БИЕИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ШААРДЛАГА

2-3 нас хүрээгүй ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧНИЙ ШИНЖИЛГЭЭНД АВСАН ТОЛГОЙН ТОЙРОГ: (ӨДРИЙН

ЭНДӨР ЖИН BMI BMI ХУВЬ В/Р

АРЧИЛГААНД ШААРДЛАГАГҮЙ) BMI>85% нас/хүйс ☐ Тиймээ ☐ Үгүй Дараах хоёрын аль нэг нь: Гэр бүлийн түүх ☐ Тийм ☐ Үгүй

Эрсдэлтэй ☐ Тиймээ ☐ Үгүй

Үндэстний цөөнх ТЭРГҮҮЛЭХ ☐ Тиймээ ☐ Үгүй Инсулины эсэргүүцлийн шинж тэмдэг (цусны даралт ихсэх, дислипидеми, олон үйланкайт өндгөвчний хам шинж, акантозын нигриканс) ☐ Тиймээ ☐ Үгүй

ЭРСДЛИЙН САНАЛ АСУУЛГА: Тусгай зөвшөөрөлтэй буюу төрийн өмчит өдөр өнжүүлэх, сургуулийн өмнөх боловсрол, ясли болон/эсвэл цэцэрлэгт хамрагдсан 6 сараас 6 нас хүртэлх хүүхдэд шаардлагатай.

Санаал асуулга явуулсан уу? ☐ Тиймээ ☐ Үгүй Цусны шинжилгээ өгсөн үү? ☐ Тиймээ ☐ Үгүй Цусны шинжилгээний огноо Үр дүн

Сурьсгийн АРС, ЦУСНЫ ШИНЖИЛГЭЭ: Зөвхөн өндөр эрсдэлтэй бүлгийн хүүхдүүдэд, түүний дотор ХДХВ-ийн халдвар болон бусад өвчний улмаас дархлаа дарангуйлагдсан хүүхдүүдэд, ойр ойрхон зорчих эсвэл өндөр газарт төрсөн хүүхдүүдэд зөвлөж байна.

тархалт ихтэй улс орнууд эсвэл өндөр эрсдэлтэй ангилалд багтдаг насанд хүрэгчид. CDC удирдамжийг үзнэ үү http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/tb_testing.htm.

☐ Туршилт шаардлагагүй ☐ Туршилт хийсэн Арьсны шинжилгээ: Цусны шинжилгээ: Уншсан огноо Үр дүн: ☐ Эерэг ☐ Сөрөг мм Мэдээлсэн огноо Үр дүн: ☐ Эерэг ☐ Сөрөг Үнэ цэнэ

Лабораторийн шинжилгээ	Огн	Үр дүн	ҮЗҮҮЛЭЛТ	Огно	Үр дүн
(зөвлөдөг) Гемоглобин эсвэл гематокритийн шээсний хадгавар-эс (заалттай үед)	оо		Хөгжлийн скрининг Нийгэм, сэтгэл хөдлөлийн скрининг Бусад:	о	☐ Дууслаа ☐ Үгү ☐ Дууслаа ☐ й Бай

СИСТЕМИЙН ТОЙМ

Ердийн Сэтгэгдэл/Дагах/Хэрэгцээ

Дотоод шүүрлийн хоол боловсруулах эрхтний бэлэг эрхтэн-шээсний мэдрэлийн мэдрэлийн булчин-яс-булчингийн үзлэг Хоол тэжээлийн байдал

Ердийн Сэтгэгдэл/Дагах/Хэрэгцээ

Арьс Чих Нүд Хамар ☐ Хоолой Ам/Шүдний ☐ зүрх судас/ХТН ☐ Амьсгалын зам ☐ Одоогийн байдлаар ☐ астма өвчнийг эмчлэх ☐ ЭМ: ☐

Шалгалтын үр дүн: Шалгалтын үр дүн: ☐ Астма сэтгэцийн эрүүл мэндийн оношлогоо

☐ Тургэн тайвшруулах эм (жишээ нь, богино хугацааны бета агонист) Хянагч эм (жишээ нь, амьсгалсан кортикостероид)

Бусад

Сургуулийн нөхцөлд шаардлагатай ХЭРЭГЦЭЭ/ӨӨРЧЛӨЛТ Хоолны дэглэм Хэрэгцээ/хязгаарлалт

ТУСГАЙ ЗААВАР/ТӨХӨӨРӨМЖ (жишээ нь, хамгаалалтын шил, шилэн нүд, хэм алдагдалаас хамгаалах цэцэг хамгаалагч, зүрхний аппарат, хиймэл төхөөрөмж, шүдний гүүр, хиймэл шүд, спортын дэмжлэг/аяга)

СЭТГЭЛИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД/БУСАД Сургууль энэ оюутны талаар мэдэх ёстой өөр зүйл байна уу?

Хэрэв та энэ оюутны эрүүл мэндийн талаар сургууль эсвэл сургуулийн эрүүл мэндийн ажилтнуудтай ярилцахыг хүсвэл гарчгийг шалгана уу: ☐ Сувилагч ☐ Багш аа ☐ Зөвлөх ☐ Захирал

ЯАРАЛТАЙ ҮЙЛ АЖИЛЛАГАА Хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлын улмаас (жишээ нь: таталт, астма, шавьж хатгуулах, хоол хүнс, самрын харшил, цус алдалт, чихрийн шижин, зүрхний асуудал) сургуульд байх шаардлагатай юу?

☐ Тиймээ ☐ Үгүй Хэрэв тийм бол тайлбарлана уу:

Энэ өдрийн шалгалтын үндсэн дээр би энэ хүүхдийг оролцохыг зөвшөөрч байна (Үгүй эсвэл өөрчилсөн бол тайлбарыг хавсаргана уу.)

БИЕИЙН ТАМИР ☐ Тий ☐ Үг ☐ Өөрчлөг СУРГАЛТ ХООРОНДЫН СПОРТ ☐ Тиймээ ☐ Үгүй ☐ Өөрчлөгдсөн

МЭЭ ҮЙ ДСӨН

Нэрийн ☐ MD ☐ хийх ☐ APN ☐ PA Гарын үсэг Огноо

хаягийг хэвлэх Утас