State of Illinois

Сертификат о медицинском осмотре ребенка

Имя студента (Последний / Первый / Середина)	Дата рождения (Мм/День/Гг)	Пол	Раса/этническая принадлежность	Школа/Уровень класса/Идентификационный номер

Адрес улицы / Город / Почтовый индекс	Родитель/Опекун	Телефон (домашний/рабочий)

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ: ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА И ПОДПИСАНА РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ И ПРОВЕРЕНА ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

АЛЛЕРГИИ (Еда, лекарства, насекомые, другое)	☐ Да ☐ Нет	Список:	**МЕДИКАМЕНТ** (Прописывается или принимается на регулярной основе)	☐ Да ☐ Нет	Список:

Диагноз астма?	☐ Да	☐ Нет		Потеря функции одного из парных органов? (глаз/ухо/почка/яичко)	☐ Да	☐ Нет	
Ребенок просыпается ночью от кашля?	☐ Да	☐ Нет		Госпитализация? Когда? Зачем?	☐ Да	☐ Нет	
Врожденные дефекты?	☐ Да	☐ Нет		Операция? (Перечислите все) Когда?	☐ Да	☐ Нет	
Задержка развития?	☐ Да	☐ Нет		Серьезная травма или болезнь?			
Заболевание крови? Гемофилия, серповидноклеточная анемия, другое? Объясните.	☐ Да	☐ Нет		Положительный результат кожной пробы на туберкулез (в прошлом/в настоящем)?	☐ Да	☐ Нет	
Диабет?	☐ Да	☐ Нет		Заболевание туберкулезом (в прошлом или в настоящем)?	☐ Да*	☐ Нет	*Если да, обратитесь к местному департаменту здравоохранения
Травма головы/сотрясение мозга/потеря сознания?	☐ Да	☐ Нет		Употребление табака (вид, частота)?	☐ Да*	☐ Нет	
Приступы? Какие они?	☐ Да	☐ Нет		Употребление алкоголя/наркотиков?	☐ Да	☐ Нет	
Проблемы с сердцем/одышка?	☐ Да	☐ Нет		Семейный анамнез внезапной смерти в возрасте до 50 лет? (Причина?)	☐ Да	☐ Нет	
Шумы в сердце/Высокое артериальное давление?	☐ Да	☐ Нет			☐ Да		
Головокружение или боль в груди при физических упражнениях?	☐	☐					

Проблемы со зрением/глазами? ☐ Очки ☐ Контакты Последний осмотр у окулиста _____

Другие проблемы? (Косоглазие, опущенные веки, прищуривание, трудности с чтением) _____

Проблемы с ушами/слухом?	☐ Да	☐ Нет
Проблемы с костями/суставами/травма/сколиоз?	☐ Да	☐ Нет

Брей Стоматологическ ий ☐ ☐ Мост ☐ Тарелка ☐ Другой

Дополнительная информация:

Информация может быть передана соответствующему персоналу в медицинских и образовательных целях.

Подписи родителей/опекунов: _____ **Дата:** _____

ПРИВИВКИ: заполняются поставщиком медицинских услуг. Требуется указать месяц/день/год для каждой введенной дозы. Если конкретная вакцина противопоказана по медицинским показаниям, поставщик медицинских услуг, ответственный за проведение медицинского осмотра, должен приложить отдельное письменное заявление с объяснением медицинской причины противопоказания.

ТРЕБУЕТСЯ вакцина/доза	**ДОЗА 1 ЭТО ХОРОШО**	**ДОЗА 2 ЭТО ХОРОШО**	**ДОЗА 3 ЭТО ХОРОШО**	**ДОЗА 4 ЭТО ХОРОШО**	**ДОЗА 5 ЭТО ХОРОШО**	**ДОЗА 6 ЭТО ХОРОШО**
АКДС или АКДС АКДС; АДС или детская АДС (Проверьте конкретный тип)	☐ Tdap ☐ ТД ☐ ДТ	☐ Tdap ☐ ТД ☐ ДТ	☐ Tdap ☐ ТД ☐ ДТ	☐ Tdap ☐ ТД ☐ ДТ	☐ Tdap ☐ ТД ☐ ДТ	☐ Tdap ☐ ТД ☐ ДТ
Полиомиелит (Проверьте конкретный тип)	☐ ИПВ ☐ ОПВ	☐ ИПВ ☐ ОП В	☐ ИП ☐ ОП В В	☐ ИП ☐ ОП В В	☐ ИП ☐ ОП В В	☐ ИП ☐ ОП В В
Hib Гемофильная инфекция Грипп Тип B						
Пневмококковая конъюгированная						
Гепатит B MMR Корь, свинка, Краснуха						
Конъюгат ветряной оспы (ветрянки) с вирусом гепатита А						
ВЕТРЯНАЯ ОСПА (ВЕТРЯНКА) Грипп Другое: Укажите проведенную иммунизацию/даты						

Комментарии: * указывает на недействительную дозу

ЗЕЛЕНЫЕ ОБЛАСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ, НО НЕ ТРЕБУЕТСЯ Вакцина/доза Гепатит А

Поставщик медицинских услуг (MD, DO, APN, PA, школьный медицинский работник, должностное лицо здравоохранения), подтверждающий вышеуказанную историю вакцинации, должен подписать ниже.

При добавлении дат в раздел истории вакцинации, указанный выше, укажите свои инициалы рядом с датой(ами) и распишитесь здесь.

Подпись _____ Заголовок _____ Дата _____

Имя студента	Дата рождения (Пн/День/Чт)	секс	Школа	Уровень/ идентификационный номер
После дний Первый Середина				

Свидетельства об освобождении от прививок по религиозным мотивам или медицинское заключение врача о медицинских противопоказаниях проверяются и поддерживаются администрацией школы.

АЛЬТЕРНАТИВНОЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВО ИММУНИТЕТА 1. Клинический диагноз (корь, свинка, гепатит В) допускается при подтверждении врачом и подтверждении лабораторным исследованием. Приложите копию результата лабораторного исследования.

*КОРЬ (краснуха)(МО/ДЕНЬ/ГОД) _____ **СВИНКА(МО/ДЕНЬ/ГОД) _____ ГЕПАТИТ В(МО/ДЕНЬ/ГОД) _____ ВЕТРЯНАЯ ОСПА(МО/ДЕНЬ/ГОД) _____

2. История болезни ветряной оспой допускается, если она подтверждена врачом, школьным медицинским работником или должностным лицом здравоохранения, подтверждает, что описание истории болезни ветряной оспы родителем/опекуном свидетельствует о перенесенной инфекции и принимает такую историю как документальное подтверждение заболевания. Лицо, подписавшееся ниже

Дата болезни _____ Подпись _____ Заголов ок _____

3. Лабораторное подтверждение иммунитета (отметьте один вариант) ☐ Корь* ☐ Свинка** ☐ Краснуха ☐ Ветряная оспа

Приложите копию результата лабораторного исследования.

*Все случаи кори, диагностированные 1 июля 2002 года или позднее, должны быть подтверждены лабораторными данными.
**Все случаи паротита, диагностированные 1 июля 2013 года или позднее, должны быть подтверждены лабораторными данными.

Заявления врачей об иммунитете ДОЛЖНЫ быть представлены в IDPH для рассмотрения.

Завершение Альтернатив 1 или 3 ДОЛЖНО сопровождаться лабораторными исследованиями и подписью врача: _____

ТРЕБОВАНИЯ К ФИЗИЧЕСКОМУ ОСМОТРУ **Весь раздел ниже должен быть заполнен MD/DO/APN/PA**

ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ, если < 2-3 лет _____ ВЫСОТА _____ МАССА _____ ИМТ _____ ИМТ ПРОЦЕНТИЛЬ _____ Б/П _____

~~ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ДИАБЕТ: (НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДЛЯ~~ ДНЕВНОГО УХОДА) **ИМТ>85% возраст/пол** ☐ Да ☐ Нет И любые два из следующих: Семейная история ☐ Да Под ☐ Нет

АНКЕТА РИСКА ДЛЯ ЭТНИЧЕСКИХ МЕНЬШИНСТВ: ☐ Да ☐ Нет **Признаки резистентности к инсулину**(гипертония, дислипидемия, синдром поликистозных яичников, черный акантоз) ☐ Да ☐ Нет угрозой ☐ Да ☐ Нет

Обязательно для детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, посещающих лицензированные или государственные детские сады, дошкольные учреждения, ясли и/или детские сады. (Анализ крови требуется, если вы проживаете в Чикаго или почтовом индексе с высоким риском.)

Анкета заполнена? ☐ Да ☐ Нет **Показан ли анализ крови?** ☐ Да ☐ Нет **Дата анализа крови** _____ **Результат** _____

КОЖНЫЙ АНАЛИЗ ИЛИ АНАЛИЗ КРОВИ НА ТБ: Рекомендуется только для детей из групп высокого риска, включая детей с ослабленным иммунитетом из-за ВИЧ-инфекции или других заболеваний, часто путешествующих или родившихся в странах с высоким уровнем риска, страны распространенности или те, которые подвергаются воздействию взрослых в категориях высокого риска. См. рекомендации CDC: http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.

☐ Тест не требуется ☐ Тест выполнен **Кожная проба:** Дата прочтения _____ Результат: ☐ Положительн ый ☐ Отрицательно ММ _____

Анализ крови: Дата сообщения _____ Результат: ☐ Положительный ☐ Отрицательно Ценить _____

ЛАБОРАТОРНЫЕ АНАЛИЗЫ (рекомендуется) Гемоглобин или гематокрит Анализ мочи	Да та	Резу льтат ы	ПРОСМОТРЫ	Дат а	Результа ты
Серповидноклеточная анемия (при наличии показаний)			Скрининг развития		☐ Завершено ☐ Н/
			Социальный и эмоциональный		☐ Завершено ☐ Д
			скрининг Другое:		Н/ Д

ОБЗОР СИСТЕМЫ		НормальныеКомментарии/Продолжение/Потребности		Нормальный	Комментарии/Продолжение/Потребности
Кожа Уши Глаза Нос Горло Рот/Зубные	☐		Эндокринная система Желудочно-кишечная система	☐	
Сердечно-сосудистые/АГ	☐	Результат скрининга:	Мочеполовая система Неврологическая	☐	
Дыхательная система	☐	Результат	система Опорно-двигательного аппарата Спинальный	☐	ЛМ П:
В настоящее время назначаемые лекарства от астмы:	☐	скрининга:	осмотр Состояние питания	☐	
	☐			☐	
	☐	☐ Диагностика астмыПсихическое здоровье		☐	
☐ Препараты для быстрого облегчения симптомов (например, бета-агонисты короткого действия) Препараты для контролирования ☐ симптомов (например, ингаляционные кортикостероиды)			Другой	☐	

ПОТРЕБНОСТИ/МОДИФИКАЦИИ, требуемые в школьной среде **ДИЕТИЧЕСКИЙ**Потребности/Ограничения

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИНСТРУКЦИИ/УСТРОЙСТВА (например, защитные очки, стеклянный глаз, защита груди при аритмии, кардиостимулятор, протезное устройство, зубной мост, искусственные зубы, спортивная поддержка/чашка)

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ/ДРУГОЕ Есть ли что-то еще, что школа должна знать об этом ученике?

Если вы хотите обсудить здоровье этого ученика со школой или школьным медицинским персоналом, отметьте заголовок: ☐ Медсестра ☐ Учитель ☐ Советник ☐ Главный

ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ ДЕЙСТВИЯ необходимо во время учебы в школе из-за состояния здоровья ребенка (например, судороги, астма, укусы насекомых, аллергия на продукты питания, арахис, проблемы с кровотечением, диабет, проблемы с сердцем)?

☐ Да ☐ Нет Если да, пожалуйста, опишите:

На основании обследования, проведенного в этот день, я одобряю участие этого ребенка в (Если <Нет> или <Изменено>, пожалуйста, приложите пояснение.)

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ☐ Да ☐ Нет ☐ Измененный **МЕЖШКОЛЬНЫЕ СПОРТИВ ...** ☐ Да ☐ Нет ☐ Измененный

Печатное _____ ☐ МД ☐ ДЕЛ АТЬ ☐ АПН ☐ ПА Подпись _____ Дата _____

имя Адрес Телефон