



Довідка про медичне обстеження дитини

Ім'я студента

Останній

Партийний

Середній

Дата народження

Секс

Раса/етнічна приналежність

Школа/Клас/Ідентифікаційний номер

Адреса вулиці

Місто

Поштовий індекс

Батьки/Опікуни

Телефон (домашній/робочий)

ІСТОРІЯ МЕДИЧНОЇ ДОВІДКИ: МАЄ БУТИ ЗАПОВНЕНА ТА ПІДПИСАНА БАТЬКАМИ/ОПІКУНОМ ТА ПІДТВЕРДЖЕНА МЕДИЧНИМ ЛІКАРЕМ

АЛЕРГІЇ
(їжа, ліки, комахи, інше)

☐ Та
☐ Ні

Список:

ЛІКИ
(Призначено або приймається регулярно)

☐ Та
☐ Ні

Список:

Діагноз астми?

☐ Так
☐ Ні

Дитина прокидається вночі від кашлю?

☐ Так
☐ Ні

Вроджені вади?

☐ Так
☐ Ні

Затримка розвитку?

☐ Так
☐ Ні

Захворювання крові? Гемофілія,

☐ Так
☐ Ні

серповидноклітинна анемія, інше? Поясніть.

☐ Так
☐ Ні

Діабет?

☐ Так
☐ Ні

Травма голови/Струс мозку/Непритомність?

☐ Так
☐ Ні

Судоми? Якими вони бувають?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми із серцем/задишка?

☐ Так
☐ Ні

Шум у серці/Високий кров'яний тиск?

☐ Так
☐ Ні

Запаморочення або біль у грудях під час

☐ Так
☐ Ні

фізичних навантажень?

☐ Окуляри
☐ Контакти

Останній огляд у офтальмолога

Проблеми з очима/зором?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

☐ Так
☐ Ні

Проблеми з кистками/суглобами/травми/сколіоз?

☐ Так
☐ Ні

Інші проблеми? (Косоокість, опущені повіки, примруженість, труднощі з читанням)

Проблеми з вухами/слухом?

<

Ім'я студента

ОстаннійПершийСередній

Дата народження
(Пн/День/Чт)

Секс

Школа

Рівень/Ідентифікаційний номер

Довідки про релігійне звільнення від щеплень або медична довідка лікаря про медичні протипоказання переглядаються та підтримуються адміністрацією школи.

АЛЬТЕРНАТИВНЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ІМУНІТЕТУ 1. Клінічний діагноз (кір, паротит, гепатит В) допускається, якщо він підтверджений лікарем та підтверджений лабораторним дослідженням. Додайте копію результатів лабораторних досліджень.

*КІР (Рубеола)

(Міссури/День/Рік)

Свинка

(Міссури/День/Рік)

ГЕПАТИТ В

(Міссури/День/Рік)

Вітряна віспа

(Міссури/День/Рік)

2. Наявність в анамнезі вітряної віспи є прийнятною, якщо її підтверджує медичний працівник, шкільний медичний працівник або посадова особа у сфері охорони здоров'я. Особа, що підписує перевіряє, чи опис історії захворювання на вітряну віспу батьками/опікунами свідчить про перенесену інфекцію, та приймає таку історію як документальне підтвердження захворювання.

Дата захворювання

Підпис

Назва

3. Лабораторні докази імунітету (оберіть одне)

☐ Кір*

☐ Свинка**

☐ Краснуха

☐ Вітряна віспа

Додайте копію результатів лабораторних досліджень.

*Усі випадки кору, діагностовані 1 липня 2002 року або пізніше, повинні бути підтверджені лабораторними даними.
Усі випадки паротиту, діагностовані 1 липня 2013 року або пізніше, повинні бути підтверджені лабораторними дослідженнями.

Лікарські заяви про імунітет ПОВИННІ бути подані до IDPH для розгляду.

Виконання альтернативних варіантів 1 або 3 ОБОВ'ЯЗКОВО супроводжується лабораторними дослідженнями та підписом лікаря:

ВИМОГИ ДО ФІЗИЧНОГО ОГЛЯДУ

Весь розділ нижче має бути заповнений керуючим директором/доктором медичних наук/спеціалістом з діагностики та лікування (APN/PA)

ОКРУГ ГОЛОВИ, якщо < 2-3 років. СКРИНІНГ НА ДІАБЕТ: (НЕ ПОТРІБНО ДЛЯ ДЕННОГО ДОГЛЯДУ)

ВИСОТА

БАГА

ІМТ

ІМТ ПЕРЦЕНТИЛЬ

Б/П

ІМТ >85% вік/стать

☐ Так

☐ Ні

І будь-які два з наступних: Сімейна історія

☐ Так, під загрозою

☐ Ні

АНКЕТА ЩОДО РИЗИКУ ЗАХВАТУВАННЯ СВИНЦЕМ

АНКЕТА ЩОДО РИЗИКУ

Так

☐ Ні

Ознаки інсулінорезистентності(гіпертензія, дисліпідемія, синдром полікістозних яєчників, чорний акантоз)

☐ Так

☐ Ні

ю

☐ Так

☐ Ні

Обов'язково для дітей віком від 6 місяців до 6 років, які навчаються в ліцензованих або державних шкільних яслах, дошкільних закладах, дитячих садках та/або дитячих садках. Історія алергії/позитивна на алергію/алергія, якщо ви проживаєте в Чикаго або поштовому коді пошти 60601-60699.

Анкета проведена?

☐ Так

☐ Ні

Показаний аналіз крові?

☐ Так

☐ Ні

Дата аналізу крові

Результат

АНАЛІЗ ШКІРИ АБО КРОВІ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Рекомендовано лише для дітей з груп високого ризику, включаючи дітей з імуносупресією через ВІЛ-інфекцію або інші захворювання, дітей, які часто подорожують до країн з високим рівнем ризику або народилися в країнах з високим рівнем ризику країни з поширеністю або ті, хто контактував з дорослими з категорій високого ризику. Див. рекомендації CDC http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.

☐ Тест не потрібен

☐ Виконано тест

Шкірний тест:

Дата читання

Результат:

☐ Позитивний

☐ Негативний

ММ

Аналіз крові:

Дата звітності

Результат:

☐ Позитивний

☐ Негативний

Значення

ЛАБОРАТОРНІ АНАЛИЗИ

Да

Резу

ПОКАЗИ

Дат

Результати

(рекомендовано) Гемоглобін або гематокрит Аналіз сечі

Серповидноклітинна анемія (за показаннями)

Скринінг розвитку, соціальний

та емоційний скринінг, інші аспекти:

☐ Завершено

☐ Не

☐ Завершено

☐ ма

є

ОГЛЯД СИСТЕМИ Шкіра

Звичайні коментарі/Подальші дії/Потреби

Звичайний

Коментарі/Подальші дії/Потреби

Вуха Очі Ніс Горло Рот/Шкіра

Результат

Ендокринний,

Шлунково-кишковий,

Сечостатевий,

Неврологічний,

Опорно-руховий,

Спинномозковий,

Харчовий статус

Діагностика астми/Психічне здоров'я

Інше

Потреби/Обмеження

Ліки швидкого полегшення (наприклад, бета-агоністи короткої дії) Контролюючі препарати (наприклад, інгаляційні кортикостероїди)

Потреби/МОДИФІКАЦІЇ, НЕОБХІДНІ В шкільному середовищі

ДІЄТИЧНІ

СПЕЦІАЛЬНІ ІНСТРУКЦІЇ/ПРИСТРОЇ (наприклад, захисні окуляри, скляне око, захист для грудей від аритмії, кардіостимулятор, протез, зубний міст, протез, спортивна бандаж/чашка)

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я/ІНШЕ Чи є щось ще, що школа повинна знати про цього учня/ученицю?

Якщо ви хочете обговорити здоров'я цього учня зі школою або шкільним медичним персоналом, позначте заголовок: ☐ Медсестра ☐ Вчитель ☐ Консультант ☐ Директор

НАДЗВИЧАЙНІ ДІЇ необхідний під час навчання в школі через стан здоров'я дитини (наприклад, судоми, астма, укуси комах, харчова алергія, алергія на арахіс, проблеми з кровотечою, діабет, проблеми з серцем)?

☐ Так

☐ Ні

Якщо так, будь ласка, опишіть:

На основі обмеження, проведеного цього дня, я схвалюю участь цієї дитини в

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ

☐ Та

☐ Ні

☐ Змінено

МІЖШКОЛЬНІ СПОРТ

☐ Так

☐ Ні

☐ Змінено

Друкуючими

Підпис

Дата

Адреса

Телефон