ԲԸՐԲԱՆՔԻ ՄԻԱՑՅԱԼ ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ

ՆԱԽԱԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ԽՄԲԻ ՈՒՂԵԳԻՐ

«ԾՆՈՂԻ ՀԱՐՑԱԹԵՐԹԻԿ»

Ուսումնական տարի _____
Ամսաթիվ _____

ԲԱԺԻՆ Ա՝ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐ

Աշակերտի անունը _____ Սեռը _____ Ծնված _____ C.A. _____ C.A.G.P. _____
Ազգանունը Անունը Ի.

Ո՞ր դպրոցն է հաճախում _____ Դասարանը _____ Հիմնական լեզուն _____ LEP ☐ FEP ☐

Հեռախոսը՝ աշխ. _____
Ծնողի անունը _____ Հասցեն _____ Հեռախոսը՝ տան _____

Ուղեգիր տվող անձը _____
Անունը Պաշտոնը Ստորագրությունը

ԲԱԺԻՆ Բ՝ ՄՏԱՀՈԳՈՒԹՅԱՆ ՏԵՂԻՔ ՏՎՈՂ ՈԼՈՐՏՆԵՐԸ
(Նշան դրեք միայն այն տողերում, որոնք վերաբերում են Ձեզ)

ԱՌԱՋԱԴԻՄՈՒԹՅՈՒՆԸ
Իր տարիքի մակարդակից զգալիորեն ցածր է հետևյալ ոլորտներում.
( ) a. Կարդացածը հասկանալը:
( ) b. Ընթերցանության ճշգրտությունը:
( ) c. Մաթեմատիկական հաշվարկը:
( ) d. Մաթեմատիկական իմաստավորումը:
( ) e. Գրավոր խոսքը:

ՀԱՏՈՒԿ/ԼԵԶՎԱԿԱՆ ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
( ) a. Դժվարությամբ է հասկանում ցուցումները, հարցերը և հրահանգները:
( ) b. Դժվարանում է արտահայտել մտքերը և զգացմունքները և/կամ նախադասություններ կազմել:
( ) c. Արտաբերման կամ ձայնի հետ կապված խնդիրներ ունի:
( ) d. Կակազում է:

ԿԱՄԱՅԻՆ ՇԱՐԺՈՒՄՆԵՐԻ/ԸՆԿԱԼՄԱՆ ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
( ) a. Դժվարություն ունի ձեռագրի/տպելու հարցում:
( ) b. Դժվարություններ ունի աչք/ձեռք շարժումների հարցում:
( ) c. Վատ է պահպանում հավասարակշռությունը:
( ) d. Շրջում, աղավաղում է տառերը, դժվարանում է համադրել պատկերները և այլն:
( ) e. Դժվարանում է խոշոր մկանային շարժումներ կատարել:

ՄՏԱՎՈՐ/ՃԱՆԱՉՈՂԱԿԱՆ ԿԱՐՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
( ) a. Ունի առնվազն միջին մակարդակի կարողություններ բայց ցածր առաջադիմություն:
( ) b. Դանդաղ է յուրացնում նյութը, բայց որոշ ոլորտներում համեմատաբար ավելի մեծ հաջողություն ունի:
( ) c. Շատ պայծառ աշակերտ է:

ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ/ՀԳԱՑՄՈՒՆՔԱՅԻՆ ՁԱՐԳԱՑՈՒՄԸ
( ) a. Սխալ ինքնագնահատական ունի:
( ) b. Դժվարանում է ընկերների հետ հարաբերությունների հարցում:
( ) c. Վարքագծի հետ կապված խնդիրներ ունի (նշեք համընկնողները)
չլսող, վնասող, հեշտությամբ շեղվող, կարճատև ուշադրություն:
( ) d. Չի կարողանում ինքնուրույն աշխատել:
( ) e. Մոտիվացված չէ:
( ) f. Խիստ նյարդայնության նշաններ է ցուցադրում (ջղակծկումներ ունի, եղունգներն է կրծում, ջղային շարժումներ է անում և այլն):
( ) g. Ցիկլային վարքագիծ է դրսևորում (լավ օրեր, վատ օրեր և այլն):

ՆԱԽԱՁԵՌՆԱՏՆՔԱՅԻՆ/ԱՇԽԱՏՆՔԱՅԻՆ ՀՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
( ) a. Հաճախ է բացակայում:
( ) b. Հաճախ ուշանում է դասից:
( ) c. Աշխատանքային սովորությունները ձևավորված չեն (դասարանական, տնային աշխատանք և այլն):
( ) d. Պատասխանատվություն չի զգում (նկարագրեք): _____
_____

ԱՌՈՂՋՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՁԱՐԳԱՑՈՒՄԸ
( ) a. Հայտնի առողջական խնդիր(ներ) ունի: _____
( ) b. Դեղեր է ընդունում (անվանումը և նպատակը): _____
_____
_____
( ) c. Տեսողության հետ կապված խնդիրներ ունի:
( ) d. Լսողության հետ կապված խնդիրներ ունի:

ՆՇՈՒՄՆԵՐ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ԵՐԵԽԱՆ _____ ՄԱԿԱՆՈՒՆԸ _____ ԾՆՎԱԾ _____

ԾՆՈՂ(ՆԵՐ)Ը/ԽՆԱՄԱԿԱԼ(ՆԵՐ)Ը _____

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԹՎԱՐԿԵԼ ՏԱՆԸ ԲՆԱԿՎՈՂ ԲՈԼՈՐ ԱՆՁԱՆՑ

ԱՆՈՒՆԸ	ՍԵՌ	ՏԱՐԻՔԸ	ԱԶԳԱԿՑԱԿԱՆ ԿԱՊԸ ԵՐԵԽԱՅԻ ՀԵՏ

ԵՐԵԽԱՅԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԼԵԶՈՒՆ _____ ՏԱՆԸ ԳՈՐԾԱԾՎՈՂ ԼԵԶՈՒՆ(ԵՐԸ) _____

Տանը չբնակվող ծնողը երեխայի նկատմամբ իրավունքներ/այցելությունների թույլտվություն ունի՞:

ՈՉ _____ ԱՅՈ _____ ԱՆՈՒՆԸ _____

Որևէ այլ անձ կանոնավոր կերպով խնամու՞մ է Ձեր երեխային (օրինակ՝ տատը կամ պապը, քույրը, դայակը):

ՈՉ _____ ԱՅՈ _____ ժամերի քանակը _____ Խնամողի գործածած լեզուն(երը) _____

ՈՒՂԵԳՐԻ ՏՐԱՄԱԴՐՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌԸ _____

ՆԱԽԿԻՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐԸ _____

ՁԵՐ ԵՐԵԽԱՅԻՆ ՈՐԵՎԷ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎԵ՞Լ Է ՈՉ _____ ԱՅՈ _____ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ _____

ԾՆՈՂԱԿԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

Մոր առողջական վիճակը հղիության ժամանակ՝ _____

Բարդություններ/հիվանդություններ/վթարներ հղիության ժամանակ՝ _____

Հղիության ժամանակ ընդունած դեղերը/այլ նյութերը՝ _____

Ծննդաբերության եղանակը ԲՆԱԿԱՆ _____ ԿԵՍԱՐՅԱՆ _____ ՀԱԿԱՌԱԿ ԴԻՐՔՈՎ _____ ՊԻՆՑԵՏԱՅԻՆ _____

Հղիության տևողությունը _____ Նորածնի քաշը _____

Ծնվելիս կամ ծնվելուց հետո նորածինը բարդություններ ունեցե՞լ է:

Առանց բարդության _____ Թթվածնային քաղց _____ Ինկուբատոր _____ Նոպա _____ Այլ _____

Ծնողի կրթության մակարդակը

Ծնողի/խնամակալի անունը _____ ☐ Գիտ. աստիճան կամ բարձրագույն ☐ Քոլեջավարտ ☐ Թերի քոլեջ կամ դասընթաց

☐ Ավագ դպրոց ավարտած ☐ Ավագ դպրոց չավարտած ☐ Հրաժարվում եմ պատասխանել

Ծնողի/խնամակալի անունը _____ ☐ Գիտ. աստիճան կամ բարձրագույն ☐ Քոլեջավարտ ☐ Թերի քոլեջ կամ դասընթաց

☐ Ավագ դպրոց ավարտած ☐ Ավագ դպրոց չավարտած ☐ Հրաժարվում եմ պատասխանել

ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ո՞ր տարիքից է Ձեր երեխան սկսեն անել հետևյալը.

Նստել _____ Ձեր մատը ծծելով սնվել _____

Սողացել _____ Հագնվել _____

Կանգնել _____ Մեզը պահել _____

Քայլել _____ Կղանքը պահել _____

Որևէ մտահոգություն ունե՞ք Ձեր երեխայի ֆիզիկական զարգացման հարցում: ՈՉ ___ԱՅՈ ___Եթե այո, բացատրեք _____

_____

Ձեր երեխան հետաքրքրություն ցուցաբերու՞մ է նկարելու, ներկելու ձեռքի աշխատանքի նկատմամբ: ՈՉ ___ԱՅՈ ___Եթե այո, ի՞նչ է սիրում անել: _____

Դուք Ձեր երեխայի քայլելու, վազելու, ցատկելու, նետելու, ոտքով հարվածելու կարողության հետ կապված մտահոգություն ունե՞ք: ՈՉ _____
ԱՅՈ _____ՄՏԱՀՈԳՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ _____

Որևէ մտահոգություն ունե՞ք Ձեր երեխայի ուտելու, քնելու կամ զուգարանից օգտվելու հմտությունների զարգացման հարցում: ՈՉ _____
ԱՅՈ _____ՄՏԱՀՈԳՈՒԹՅՈՒՆԸ՝ _____

ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ընդհանուր առողջությունը՝ ԼԱՎ _____ ՄԻՋԻՆ _____ ՎԱՏ _____

Հիվանդությունները/քրոնիկական հիվանդությունները _____

Ականջի բորբոքումներ եղե՞լ են: ՈՉ _____ԱՅՈ _____ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ _____

Դուք Ձեր երեխայի լսողության հետ կապված մտահոգություն ունե՞ք: ՈՉ ___ԱՅՈ ___Լսողությունը երբևէ ստուգվե՞լ է: ՈՉ ___ԱՅՈ ____

ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ _____

Դուք Ձեր երեխայի տեսողության հետ կապված մտահոգություն ունե՞ք: ՈՉ ___ԱՅՈ ___Տեսողությունը երբևէ ստուգվե՞լ է: ՈՉ ___ԱՅՈ ____

ԱՐԴՅՈՒՆՔԸ _____

Ձեր երեխան երբևէ ունեցե՞լ է՝ Լուրջ պատահար _____Վիրահատություն _____Ուշագնացություն _____

Բարձր ջերմություն (104 F-ից/40 C-ից բարձր) _____Խնդրում ենք բացատրել՝ _____

ԵՐԵԽԱՅԻ ՄԱՆԿԱԲՈՒՅԺԸ _____

ՀԱՍՑԵՆ _____ՀԵՌԱԽՈՍԸ _____

Ձեր երեխան դեղեր ընդունու՞մ է: ՈՉ _____ԱՅՈ _____

Այլ առողջական խնդիրներ՝_____

ԽՈՍՔԻ/ԼԵԶՎԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Դուք նրա խոսքի կամ լեզվի հետ կապված մտահոգություն ունե՞ք: ՈՉ ___ ԱՅՈ ___ Խնդրում ենք նկարագրել Ձեր երեխայի խոսքը և լեզուն:

Ո՞ր տարիքում է Ձեր երեխան՝

Թոթովել _____ Ասել առաջին բառը _____

Երկու բառ միացրել _____ Ամբողջական նախադասություն կազմել _____

Երեխայի ո՞ր տարիքում եք սկսել մտահոգվել նրա խոսքի/լեզվի հարցում: Կիրառելի չէ _____ ՏԱՐԻՔԸ _____

Խնդրում ենք նշան դնել բոլոր այն տողերի դիմաց, որոնք վերաբերում են Ձեր երեխային:

_____սխալ է արտասանում բառերը
_____կակազում է
_____շատ արագ է խոսում
_____լրացուցիչ հնչյուններ է ավելացնում բառերին
_____արձագանքում է միջավայրի ձայներին (դռան զանգին, հեռուստատեսությանը և այլն)
_____բառերի մեջ հնչյուններ է բաց թողնում
_____նախադասության մեջ բառեր է բաց թողնում
_____բառերի վերջավորությունները չի արտասանում
_____բառերի փոխարեն շարժումներով է խոսում

Ի՞նչ եք անում, երբ չեք կարողանում հասկանալ Ձեր երեխային _____

Ինչպես է երեխան արձագանքում, երբ չեք հասկանում նրան: _____

Ստորև նշվածներից ո՞րն է նկարագրում խոսքը <u>հասկանալու</u> Ձեր երեխայի կարողությունը:

_____չի հասկանում ասվածը
_____հասկանում է, եթե խոսողը շարժումներ է գործածում
_____հստակորեն հասկանում է այն ամենն, ինչ ասում են
_____ասվածից շատ քիչ բան է հասկանում
_____հասկանում է ծանոթ նախադասություններն ու հարցերը

Ստորև նշվածներից ո՞րն է նկարագրում <u>արտահայտվելու</u> Ձեր երեխայի կարողությունը:

_____խոսքից կամ շարժումներից չի օգտվում շփվելու համար
_____խոսք է օգտագործում՝ հիմնականում առանձին բառեր
_____լսողը հասկանում է նրա նախադասությունները
_____խոսքը լիովին պարզ ու հասկանալի է
_____շարժումներ է օգտագործում, բայց չի խոսում
_____նրա նախադասությունները հասկանում են իրեն լավ ճանաչող մարդիկ, բայց ոչ անծանոթները

Երեխայի ձայնի որակը՝ ԲՆԱԿԱՆՈՆ _____ ՇԱՏ ՑԱԾՐ _____ ՇԱՏ ԲԱՐՁՐ _____

Այլ մտահոգություններ ունե՞ք Ձեր երեխայի հաղորդակցվելու կարողության վերաբերյալ: _____

Ի՞նչ եք արել Ձեր երեխային օգնելու համար: _____

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԱՐՔԸ

Դուք լուրջ մտահոգություններ ունե՞ք Ձեր երեխայի վարքի կամ սոցիալական հմտությունների մասին: ՈՉ _____ԱՅՈ _____
ՄՏԱՀՈԳՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ _____

Ձեր երեխային կառավարելը հե՞շտ է / դժվա՞ր է: _____

Որո՞նք են Ձեր երեխայի սիրած զբաղմունքները: _____

Նա ի՞նչ է անում իր սիրած խաղալիքներով: _____

Ձեր երեխան իրեն ինչպե՞ս է պահում հանրային վայրերում: _____

Խնդրում ենք նշան դնել այն տողերի դիմաց, որոնք վերաբերում են Ձեր երեխային:

_____նյարդային է	_____ծծում է բութ մատը	_____անսովոր վախեր ունի
_____ընկերներ չունի	_____չափից դուրս ակտիվ/անհանգիստ է	_____համառ է
_____շատ լավ խաղում է ընկերների հետ	_____մղձավանջներ է ունենում	_____շուտ է լաց լինում
_____բարկության նոպաներ է ունենում	_____ամաչկոտ է	_____վնաս է տալիս
_____ուշադրությունն արագ է շեղվում	_____սիրում է դպրոցը	_____ընկերական է
_____շատ ուշադրություն է պահանջում	_____հեշտ է տրամադրությունն ընկնում	_____զգայուն է

Մեծ մասամբ ո՞վ է խոսում Ձեր երեխայի հետ: _____

Ո՞վ է կարգապահություն սովորեցնում Ձեր երեխային: _____

Ինչպե՞ս եք Դուք կարգապահություն սովորեցնում Ձեր երեխային: _____

Այլ մասնագետներ մտահոգություն հայտնե՞լ են Ձեր երեխայի վերաբերյալ: ՈՉ __ԱՅՈ __ՄՏԱՀՈԳՈՒԹՅՈՒՆ(ՆԵՐ)Ը _____

Մյուս տարվա ընթացքում Դուք նախատեսու՞մ եք Բըրբանքից տեղափոխվել: ՈՉ _____ԱՅՈ _____

Լրացուցիչ տեղեկություններ: _____

ԱՆՈՒՆԸ ԳԼԽԱՏԱՌԵՐՈՎ	ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ	ԱՄՍԱԹԻՎԸ

Բըրբանքի միացյալ դպրոցական շրջան
Տեղեկություններ անդամագրման մասին՝
հարցաթերթիկ ազգային պատկանելիության մասին

<u>Դաշնային և նահանգային պետական մարմինները</u> պահանջում են, որ մենք նրանց վիճակագրական տվյալներ տրամադրենք շրջանային դպրոցներում սովորող աշակերտների ընդհանուր թվերի վերաբերյալ: Հետևյալ տեղեկությունները կտրամադրվեն գաղտնիության օրենքների պահպանմամբ և այլ տվյալներում կհայտնվեն միայն կոդի տեսքով:

Խնդրում ենք լրացնել գլխատառերով:

Ամսաթիվը _____ Դպրոցը _____

Աշակերտի անունը _____
Ազգանունը Անունը Միջին անունը

Ծնված _____ Ծնվելու երկիրը _____

Ի՞ՆՉ ԱԶԳԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉ Է ՁԵՐ ԵՐԵԽԱՆ (Խնդրում ենք նշան դնել մեկի դիմաց).

☐ լատինամերիկացի (Կուբայական, մեքսիկական, պուերտորիկյան, կենտրոնական կամ հարավային ամերիկյան կամ այլ իսպանական ծագման կամ մշակույթի ներկայացուցիչ՝ անկախ ռասայից)

☐ ոչ լատինամերիկացի

Ի՞ՆՉ ՌԱՍՍԱՅԻ Է ՊԱՏԿԱՆՈՒՄ ՁԵՐ ԵՐԵԽԱՆ (Խնդրում ենք նշել մինչև հինգ ռասայական խումբ).

Հարցի վերին հատվածը ոչ թե ռասայի, այլ ազգային պատկանելիության մասին է: Անկախ այն բանից, թե Դուք վերևում որն եք ընտրել, հարկավոր և ստորև նշվածներից ընտրել մեկ կամ ավելի տարբերակ՝ ցույց տալով, թե Ձեր կարծիքով ինչ ռասայի ներկայացուցիչ է Ձեր երեխան:

☐ ամերիկյան հնդկացի կամ բնիկ ալյասկացի (100)
☐ չինացի (201)
☐ ճապոնացի (202)
☐ կորեացի (203)
☐ վիետնամցի (204)
☐ հնդիկ (205)
☐ լաոսցի (206)
☐ կամբոջացի (207)
☐ հմոնգ (208)
☐ այլ ասիացի (209)
☐ հավայացի (301)
☐ գուամանցի (302)
☐ սամոացի (303)
☐ թաիթցի (304)
☐ այլ խաղաղօվկիանոսյան բնիկ (399)
☐ ֆիլիպինցի/ֆիլիպինյան ամերիկացի (400)
☐ աֆրիկյան ամերիկացի (600)
☐ սպիտակամորթ (700)

Եթե այս տեղեկությունների հետ կապված հարցեր ունեք, խնդում ենք անցնել հետևյալ հղումով՝ http://www.cde.ca.gov/ds/de/es/refaq.asp, Հաճախ տրվող հարցեր ռասայի և ազգության մասին տեղեկություններ հավաքելու և զեկուցելու նոր դաշնային չափորոշիչների վերաբերյալ:

Բըրբանքի միացյալ դպրոցական շրջանն իր պարտքն է համարում ապահով դպրոցական միջավայր ապահովելը, որտեղ ուսում ստացող բոլոր անձինք կրթություն ստանալու հավասար իրավունքներ և հնարավորություններ ունեն: Շրջանի ուսումնական և կրթական աջակցության այլ ծրագրերը, ծառայություններն ու միջոցառումները զերծ են որևէ անձի նկատմամբ խտրականությունից, հետապնդումից, ահաբեկումից և հալածանքից՝ ելնելով վերջինիս ռասայից, մաշկի գույնից, ծագումից, ազգային պատկանելությունից, էթնիկական խմբերի հետ նույնականացումից, տարիքից, դավանանքից, ընտանեկան վիճակից կամ ծնողների կարգավիճակից, ֆիզիկական կամ հոգեկան հաշմանդամությունից, սեռից, սեռական կողմնորոշումից, գենդերից, գենդերային նույնականացումից կամ գենդերային արտահայտման եղանակից, անձին՝ որպես նշված մեկ կամ ավելի հատկանիշներ ունեցող ընկալելուց կամ նշված իրական կամ ընկալվող հատկանիշներն ունեցող անձի կամ խմբի հետ զուգակցելուց: Մասնավորապես՝ նահանգի օրենքն արգելում է գենդերային խտրականությունը անդամագրման, խորհրդատվության, ինչպես նաև ֆիզիկական դաստիարակության, աթլետիկայի և սպորտի դասընթացների և խմբակների մատչելիության ապահովման հարցում: Տրանսգենդեր աշակերտներին պետք է թույլատրվի մասնակցել գենդերային հիմունքներով առանձնացված դպրոցական ծրագրերին և միջոցառումներին (օրինակ՝ ընդգրկվել աթլետների խմբերում, մասնակցել մարզական մրցույթներին և էքսկուրսիաներին) և օգտվել իրենց գենդերային ինքնությանը համապատասխանող վայրերից ու միջոցներից: Շրջանը հավաստիացնում է, որ անգլերեն լեզվի իմացության բացակայությունը խոչընդոտ չի հանդիսանա Շրջանային ծրագրերում ընդգրկվելու և դրանց մասնակցելու համար: Անօրինական խտրականության, հետապնդման, ահաբեկման և հալածանքի մասին գանգատները քննվում են Գանգատների միասնական գործընթացով: Նման գանգատները պետք է ներկայացվեն ենթադրյալ խտրականության մասին տեղեկանալուց հետո ոչ ուշ քան վեց ամսվա ընթացքում: Գանգատի ձևաթուղթը ստանալու կամ լրացուցիչ տեղեկությունների համար դիմեք Կադրերի բաժնի վարիչին:

Ծնողի/խնամակալի ստորագրությունը _____ Ամսաթիվ _____

Առողջապահական եվ զարգացման պատմության թարմացում

Հարգելի ծնող/պահապան,
IEP ժողովներին պատրաստվելու համար, մեզ հարկավոր է թարմացնել առողջապահական տեղեկությունը, որը կօգնի մեզ ավելի լավ հոգ տանել և ծառայել ձեր երեխայի կրթական կարիքներին: Խնդրում ենք պատասխանել նշված առողջապահական ԲՈԼՈՐ հարցերին: Եթե հնարավոր է, կցել բժշկական ամենավերջին զեկուցումները:
Շնորհակալություն,

Աշակերտ _____ծննդյան ամսաթիվ_____այսօրվա ամսաթիվ _____

Ո՞վ է լրացնում այս հարցաթերթիկը_____ազգակցական կապ _____

Նախընտրած հեռ. # ( )_____Էլ. փոստ _____

Երեխայի մանկաբուժի անուն_____հեռ. # ( )_____

այլ բժիշկներ_____հեռ. # ( )_____

թերապևտը/խորհրդատուն (եթե ունի)_____հեռ. # ( ) _____

Լրացուցիչ անձիք, ովքեր բուժում են ձեր երեխային_____

_____

Նշել ձեր երեխայի ստացած ծառայությունները (օրինակ՝ խոսքի թերապիա,մասնագիտական թերապիա և այլն)_____

_____

Օրական քանի՞ անգամ է սնվում ձեր երեխան: _____

Հատուկ դիետա ունի՞ ձեր երեխան: Եթե այո, խնդրում ենք բացատրել _____

Ուտում է ձեր երեխան տարբեր ուտելիքներ (միրգ, բանջարեղեն, միս և այլն): _____

Մտահոգու՞մ է ձեզ ձեր երեխայի սննդի ռեժիմը: _____

Դպրոցական օրերին քուն է մտնում գիշեվա ժամը _____ Շաբաթվա վերջին օրերին քուն է մտնում գիշեվա ժամը _____

Արթնանում է առավոտյան ժամը_____ ☐ ինքն իրեն ☐ զարթուցչի օգնությամբ ☐ ծնողը/պահապանն է արթացնում նրան

Իմ երեխան ☐ քնելու խնդիր չունի ☐ դժվարությամբ է քնում ☐ դժվարությամբ է արթնանում ☐ հաճախակի վատ երազ է տեսնում

Ձեր երեխան ակնոց կրում է: □ ոչ □ այո, □ հեռավորության համար □ ընթերցանության համար □ միշտ է կրում

Աչքի վերջին քննությունը և արդյունքը: _____

Ո՞վ է կատարել քննությունը (մանկաբուժը, աչքի բժիշկը):_____

Ունեցե՞լ է երեխան ականջի բորբոքում կամ լսողության խնդիրներ:_____

Լսողական սարք կրում է: □ այո_____□ ոչ

Լսողության վերջին քննությունը և արդյունքը:_____Ո՞վ է կատարել քննությունը (մանկաբուժը, լսելու մասնագետը)_____

Մտահոգված եք նրա տեսողությամբ կամ լսողությամբ: □ այո_____□ ոչ

Ունի՞ ատամի որևէ խնդիր:_____Ատամի վերջին քննությունը _____

Ունի՞ ձեր երեխան որևէ սահմանափակումներ: _____

Երեխան հիվանդանոց պառկել է գլխի վնասվածքի կամ ուղեղի ցնցման պատճառով: □ այո □ ոչ

Եթե այո, ապա խնդրում ենք բացատրել. _____

Ունեցե՞լ է երեխան լուրջ հիվանդություն, վնասվածք, գործողություն կամ պառկել հիվանդանոց: □ այո □ ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք բացատրել, նշելով մոտավոր ամսաթիվը, բուժումը և արդյունքը. _____

_____

_____

_____

_____

Նշել դեղորայքը և հոգեբանական դիագնոզը, կամ նշել ☐ ՉԿԱՆ

Դիագնոզ	Բուժող բժշկի կամ կլինիկայի անուն	ամսաթիվ

Խնդրում ենք նշել դեղորայքը կամ նշել ☐ ՉԿԱՆ

Դեղորայքի անուն	Նշանակված է (օրինակ՝ ասթմա, ալերգիա, ADHD, ընկնավորություն)	Դոզա (մլգ, և այլն)	Ե՞րբ է ընդունում դեղը (առավոտյան, ըստ կարիքի, օրը 2 անգամ, քնելուց առաջ)

Խնդրում ենք նշել բոլոր ալերգիաները (շրջապատի, սննդի, միջատի, դեղորայքի և այլն) կամ նշել ☐ ՉԿԱՆ

Ալեգիա ունի.	Ռեակցիան (քթարտադրություն, քոր, կարմրություն, շնչահեղձություն, փսխում և այլն)

Լրացուցիչ ակնարկներ կամ մտահոգություններ

Խնդրում ենք նշել այն մասին, որը կարևոր է, որ մենք իմանանք ձեր երեխայի առողջության վերաբերյալ, որպեսզի կարողանանք լավ ծառայել նրա կարիքներին և այն մտահոգությունները, որն ունեք ձեր երեխայի առողջության, սննդի, տեսողության, լսողություն, ատամների և այլնի վերաբերյալ:

County of Los Angeles Public Health
Tuberculosis Control Program

Pediatric Tuberculosis (TB) Risk Assessment

This tool is used to identify asymptomatic **children** for latent TB infection (LTBI) testing.

Check appropriate risk factor boxes below based on patient response.
Refer to pediatrician for LTBI testing (skin or blood test), if any of the 3 boxes below are checked.
If a LTBI test result is positive, and active TB disease is ruled out, LTBI treatment is recommended.

☐ **Birth, travel, or residence** in a country with an elevated TB rate for at least 1 month

- Includes any country other than the United States, Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe
- If resources require prioritization within this group, prioritize patients with at least one medical risk for progression (see the California Adult Tuberculosis Risk Assessment User Guide for this list).
- Interferon Gamma Release Assay is preferred over Tuberculin Skin Test for non-US born persons ≥2 years old

☐ **Immunosuppression,** current or planned

- HIV infection, organ transplant recipient, treated with TNF-alpha antagonist (e.g., infliximab, etanercept, others), steroids (equivalent of prednisone ≥2 mg/kg/day, or ≥15 mg/day for ≥2 weeks) or other immunosuppressive medication

☐ **Close contact** to someone with infectious TB disease at any time

- The Centers for Disease Control and Prevention indicates that the investigation of contacts and treatment of infected contacts is an important component of the U.S. strategy for TB elimination.

- Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last risk assessment. *If initial negative screening test occurred prior to 6 months of age, repeat testing should occur at age 6 months or older.*
- For children with TB symptoms or abnormal chest x-ray consistent with active TB disease →Evaluate for active TB disease *with a chest x- ray, symptom screen, and if indicated, sputum AFB smears, cultures and nucleic acid amplification testing.*
- *A negative tuberculin skin test or interferon gamma release assay does not rule out active TB disease.*
- Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.

See the **Pediatric TB Risk Assessment User Guide** below for more detailed information about this tool.

Provider: _____

Assessment Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

(Place sticker here if applicable)

For the most current version, go to the PEDIATRIC TB RISK ASSESSMENT at: http://publichealth.lacounty.gov/tb/TBTesting.htm

Tuberculosis Clearance Form

This satisfies requirements in the California Education Code, and the California Health and Safety Code.

Certificate of Completion of Tuberculosis Risk Assessment and/or Examination

Date of TB risk assessment and/or examination: _____month/____day/_____year

First and Last Name of the patient assessed and/or examined: _____

Date of Birth: _____month/____day/_____year

The patient named above has submitted to a pediatric tuberculosis risk assessment. The patient does not have risk factors, or if tuberculosis risk factors were identified, the patient has had a TB skin test (TST) or TB blood test (IGRA), and chest x-ray (CXR) if indicated, and upon exam determined to be free of infectious tuberculosis. The patient is cleared to attend school.

Please print, place label or stamp with Health Care Provider information below:

_____

Name of Health Care Provider Completing the TB Risk Assessment and/or Examination

_____

Health Care Provider Signature

_____

Facility Name and Address

In order to protect the privacy of individuals, all information regarding this assessment is considered confidential. The facility and the Los Angeles County Department of Public Health cannot release the name(s) of any ill person(s).

Pediatric Tuberculosis Risk Assessment User Guide

Avoid testing persons at low risk

Routine testing of low risk populations is not recommended and may result in unnecessary evaluations and treatment because of falsely positive test results.

Local recommendations, mandated testing and other risk factors

Several risk factors for TB that have been used to select children for TB screening historically or in mandated programs are not included among the 3 components of this risk assessment. This is intentional in order to focus testing on children at highest risk. However, certain populations may be mandated for testing by statute, regulation, or policy. This risk assessment does not supersede any mandated testing. Testing can also be considered in children with frequent exposure to adults at high risk of TB infection, such as those with extensive foreign travel in areas with high TB rates. Local recommendations should also be considered in testing decisions. **Providers should check with local TB control programs for local recommendations.**

Decision to test is a decision to treat

Because testing of persons at low risk of TB infection should not be done, persons that test positive for LTBI should generally be treated once active TB disease has been ruled out with a physical exam, chest radiograph and, if indicated, sputum smears, cultures, and nucleic acid amplification (NAAT). However, clinicians should not be compelled to treat low risk persons who test positive for LTBI.

When to repeat a risk assessment and testing

Risk assessments should be completed on new patients, patients thought to have new potential exposures to TB since last assessment, and during routine pediatric well-child visits. Repeat risk assessments should be based on the activities and risk factors specific to the child. High-risk children who volunteer or work in health care settings might require annual testing and should be considered separately. Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last assessment (unless they were <6 months of age at the time of testing). In general new risk factors would include new close contact with an infectious TB case or new immunosuppression, but could also include foreign travel.

Immunosuppression

The exact level of immunosuppression that predisposes to increased risk for TB progression is unknown. The threshold of steroid dose and duration used here are based on data in adults and in accordance with ACIP recommendations for live vaccines in children receiving immunosuppression.

Foreign travel or residence

Travel or residence in countries with an elevated TB rate may be a risk for TB exposure in certain circumstances (e.g., extended duration, likely contact with infectious TB cases, high TB prevalence of TB in travel location, non-tourist travel). The duration of at least 1 consecutive month to trigger testing is intended to identify travel most likely to involve TB exposure. TB screening tests can be falsely negative within the 8 weeks after exposure, so are best obtained 8 weeks after a child's return.

IGRA preference in foreign-born children ≥2 years old

Because IGRA has increased specificity for TB infection in children vaccinated with BCG, IGRA is preferred over the tuberculin skin test for foreign-born children ≥2 years of age. IGRAs can be used in children <2 years of age, however, there is an overall lack of data in this age group, which complicates interpretation of test results. In BCG vaccinated immunocompetent children with a positive TST, it may be appropriate to confirm a positive TST with an IGRA. If IGRA is not done the TST result should be considered the definitive result.

Negative test for LTBI does not rule out active TB

It is important to remember that a negative TST or IGRA result does not rule out active TB. A negative TST or IGRA in a patient with active TB can be a sign of extensive disease. Any suspicion for active TB or extensive exposure to TB should prompt a physical exam and an evaluation for active disease.

Emphasis on short course for treatment of LTBI

Shorter regimens for treating latent TB infection have been shown to be as effective as 9 months of isoniazid and are more likely to be completed. Use of these shorter regimens is preferred in most patients, although the 12-week regimen is not recommended for children <2 years of age, children on antiretroviral medications, or pregnant adolescents. Drug-drug interactions and contact to drug resistant TB are other contra- indications for shorter regimens.

*The CDC currently recommends DOT for this regimen; however, preliminary data suggests that SAT is non-inferior to DOT in the United States. Many clinicians are using SAT or modified DOT.
**11-12 doses in 16 weeks required for completion

Los Angeles County (LAC) 3HP Fact Sheet: available on the LAC Tuberculosis Control Program website: 3HP for treatment of TB infection 2025.pdf (lacounty.gov) & 4R for treatment of TB Infection 2025.pdf

Medication	Frequency	Duration
Rifampin	Daily	4 months
Isoniazid + rifapentine*	Weekly	12 weeks**

Refusal of recommended LTBI treatment

Refusal should be documented. Recommendations for treatment should be made at future encounters with medical services. If treatment is later accepted, TB disease should be excluded and CXR repeated if it has been more than 3 months from the initial evaluation.

Symptoms that should trigger evaluation for active TB

Patients with any of the following symptoms that are otherwise unexplained should be evaluated for active TB: cough for more than 2-3 weeks, fevers, night sweats, weight loss, lymphadenopathy, hemoptysis or excessive fatigue.

ACIP= Advisory Committee on Immunization Practices; LTBI=latent TB infection; IGRA= Interferon gamma release assay (e.g., QuantiFERON-TB Gold, T-SPOT.TB); BCG=Bacillus Calmette-Guérin; TST= tuberculin skin test; DOT=Directly observed therapy; CXR= chest x-ray