



Life-Threatening Conditions

Dear Parent and/or Guardian,

According to our records, your student has a life-threatening health condition. Washington State Law requires children with life-threatening conditions to have a medication or treatment order and health care plan on file prior to attending school. This law, called Substitute House Bill 2834, took effect on June 13, 2002. The medication or treatment order must address the life-threatening condition and it must be on file with the school prior to the child attending school.

Under the law, "life-threatening condition" means a health condition that will put the child in danger of death during the school day if a medication or treatment order is not in place. In addition, our school nurses will be responsible for putting a nursing care plan in place. The law provides that a child may not attend school in the absence of a medication or treatment order if the child has a life-threatening condition that might require medical services to be provided at school.

At the start of every school year you will need new medication order forms and plan of care filled out by your healthcare provider as well as unexpired medication in the original container, and an updated care plan that has been prepared by the school RN and signed by the parent/Guardian prior to the student's first day of school.

For your convenience forms have been included related to your student's health condition. You may also use the link included to access them on the Bethel School District website. Please ensure that your healthcare provider completes all forms and that their contact information is printed for any clarification needed. Note that there are permission portions of forms as well. Return this form to your child's school nurse as soon as possible.

Upon receipt of the information from your healthcare provider, the school nurse will contact you to develop an appropriate nursing plan. She will then need to train the staff. Your child may not be able to start school on the first day of school if the orders are not at school three business days prior to school starting.

Sincerely,

Bethel School District Health Services

bethelsd.org/resources/health-room-forms

3/25/2025 ARRN

Анкета для батьків учня з судомами

Будь ласка, дайте відповіді на всі запитання. Ця інформація є необхідною для шкільної медсестри та персоналу школи для визначення особливих потреб вашої дитини та забезпечення позитивного і сприятливого навчального середовища. Якщо у вас виникли запитання щодо заповнення цієї форми, зверніться до шкільної медсестри своєї дитини.

Контактні дані

Ім'я учня/учениці	Рік навчання	Дата народження	
Школа	Клас	Класна кімната	
Батьки/опікуни	Телефон	Робочий	Мобільний
Електронна пошта батьків/опікунів			
Інший контакт у разі надзвичайних ситуацій	Телефон	Робочий	Мобільний
Дитячий невропатолог	Телефон	Місце знаходження	
Лікар загальної практики дитини	Телефон	Місце знаходження	
Важкі захворювання або стани			

Інформація про судоми

1. Коли вашій дитині діагностували судоми або епілепсію? _____

2. Судоми (тип/типи)

Тип судом	Тривалість	Частота	Опис

3. Що може спровокувати судоми у вашої дитини? _____

4. Чи є якісь застереження або зміни поведінки перед початком судом? ТАК НІ

Будь ласка, поясніть, якщо відповідь ТАК: _____

5. Коли у вашої дитини востаннє були судоми? _____

6. Чи були останнім часом якісь зміни в характері судом у вашої дитини? ТАК НІ

Будь ласка, поясніть, якщо відповідь ТАК: _____

7. Як реагує ваша дитина після закінчення судом? _____

8. Як інші захворювання впливають на контроль судом у вашої дитини? _____

Базова перша медична допомога: турбота та комфорт

9. Яку базову першу допомогу слід надати вашій дитині, якщо у неї сталися судоми у школі?

10. Чи потрібно вашій дитині вийти з класу після судом? ТАК НІ

Якщо ТАК, який процес ви рекомендуєте для повернення вашої дитини до класу:

Базова перша допомога при судомі

- Зберігайте спокій і відстежуйте час
- Забезпечте безпеку дитини
- Не стримуйте
- Не кладіть нічого до рота
- Залишайтеся з дитиною, поки вона повністю не прийде до тями
- Запишіть напад судом у журнал
- При тоніко-клонічних (великих) судомі:**
- Захистіть голову
- Тримайте дихальні шляхи відкритими/стежте за диханням
- Переверніть дитину на бік

Невідкладні стани при судомах

11. Будь ласка, опишіть, що є невідкладним станом для вашої дитини (відповідь може потребувати консультації з лікарем, який надає лікування, та шкільною медсестрою).

12. Чи госпіталізували коли-небудь дитину через постійні судоми? ТАК НІ
Будь ласка, поясніть, якщо відповідь ТАК:

Судоми, як правило, вважаються невідкладним станом, коли:

- Конвульсивні (тоніко-клонічні) судоми тривають понад 5 хвилин
- У дитини повторні судоми без повернення свідомості
- Дитина травмується або хворіє на діабет
- У дитини судоми сталися вперше
- У дитини проблеми з диханням
- У дитини сталися судоми у воді

Інформація про ліки та лікування судом

13. Які ліки приймає ваша дитина?

Ліки	Дата початку	Дозування	Частота та час приймання	Можливі побічні дії

14. Які ліки для невідкладної допомоги/порятунку призначені вашій дитині?

Ліки	Дозування	Інструкція з приймання (час* та спосіб**)	Що робити після приймання

* Після 2-го або 3-го нападу, при групі нападів і т.д. ** Перорально, під язик, ректально тощо.

15. Які ліки потрібно приймати вашій дитині протягом навчального дня? _____

16. Чи потрібно вводити якийсь із цих препаратів особливим чином? ТАК НІ

Будь ласка, поясніть, якщо відповідь ТАК: _____

17. Чи потрібно стежити за якоюсь певною реакцією? ТАК НІ

Будь ласка, поясніть, якщо відповідь ТАК: _____

18. Що робити, якщо дитина пропустила дозу? _____

19. Чи повинні у школі бути запасні ліки, щоб дати вашій дитині у разі пропущеної дози? ТАК НІ

20. Чи хочете ви, щоб вам зателефонували перед тим, як видати запасні ліки замість пропущеної дози? ТАК НІ

21. Чи є у Вашої дитини стимулятор блукаючого нерва? ТАК НІ

Якщо ТАК, будь ласка, надайте інструкції щодо правильного використання магніту

Особливі застереження та заходи безпеки

22. Позначте всі пункти та опишіть будь-які застереження або запобіжні заходи, яких слід вжити:

- Загальний стан здоров'я _____
- Фізична функціональність _____
- Навчання _____
- Поведінка _____
- Настрій/подолання труднощів _____
- Фізична культура (спортзал/заняття спортом) _____
- Перерва _____
- Експерсії _____
- Автобусні перевезення _____
- Інше _____

23. Яким чином нам найкраще спілкуватися з вами про судоми у вашої дитини? _____

24. Чи можна поділитися цією інформацією з класним керівником (учителями класу) та іншими відповідними працівниками школи? ТАК НІ

Дати _____

Оновлено _____

Підпис батьків/опікунів _____ Дата _____



Учень	Ім'я учня: _____ Дата народження: _____																		
Надається ким	Я надаю згоду: Цій/цим особі/особам (ім'я/адреса одержувача/одержувачів): _____ До уваги: _____ Адреса: _____ Телефон: _____ Використовувати та/або розголошувати копію медичної інформації про здоров'я/послуги, описані нижче, для вищевказаного учня																		
Надається кому	Я надаю згоду: Цій/цим організації(ям) (назва/адреса одержувача(ів)): _____ До уваги: _____ Адреса: _____ Телефон: _____ Використовувати та/або розголошувати копію медичної інформації про здоров'я/послуги, описані нижче, для вищевказаного учня																		
Мета	3 метою (цілями): <input type="checkbox"/> Цю інформацію можна використовувати або розголошувати у зв'язку з лікуванням/послугами з охорони психічного здоров'я та медичнимвтручанням. <input type="checkbox"/> Інші цілі (вказіть кожну мету): _____																		
Інформація, яка підлягає розголошенню	<p>Опис або характер інформації, яка буде використана та/або розголошена: (позначте всі відповідні пункти)</p> <p><input type="checkbox"/> Підсумки результатів оцінювання перед прийманням !Психіатричні звіти</p> <p><input type="checkbox"/> План надання послуг/лікування !Звіт про досягнуті результати</p> <p><input type="checkbox"/> План заходів безпеки/кризових ситуацій !Інші записи (вказати): _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">Психічне здоров'я</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">!Так !Ні !Н/З</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Вживання речовин</td> <td rowspan="2" style="padding: 5px;">Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">!Так !Ні !Н/З</td> </tr> </table>	Психічне здоров'я	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.	!Так !Ні !Н/З	Вживання речовин	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.	!Так !Ні !Н/З												
Психічне здоров'я	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування психічного здоров'я. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.																		
!Так !Ні !Н/З																			
Вживання речовин	Моя медична документація може містити інформацію щодо діагнозу та/або лікування наркоманії, алкоголізму, токсикоманії. Я даю свій особистий дозвіл на оприлюднення цих записів.																		
!Так !Ні !Н/З																			
Повідомлення	Я розумію, що якщо одержувач інформації, яка розголошується за цим дозволом, не є постачальником медичних послуг або медичною установою, на які поширюється дія федеральних законів або законів штату про конфіденційність, інформація може бути повторно розголошена одержувачем і більше не буде захищена цими законами. Якщо інформація, що розголошується за цим дозволом, включає інформацію про ВІЛ/СНІД, захворювання, що передаються статевим шляхом, психічне здоров'я, генетичне тестування, а також інформацію про діагностику, лікування або направлення для лікування наркоманії/алкоголізму, федеральні закони та нормативні акти, включаючи 42 CFR, частина 2, та 45 CFR, частини 160 та 164, або закони штату, можуть заборонити одержувачу повторно розголошувати цю інформацію. Я розумію, що можу відкликати цей дозвіл у письмовій формі в будь-який час.																		
Термін дії	Я розумію, що маю право відкликати цей дозвіл у будь-який час, надіславши письмове повідомлення. Я також розумію, що відкликання дозволу не має сили після того, як були здійснені дії на підставі цього дозволу. Якщо цей дозвіл не буде відкликаний раніше, він дійсний протягом 180 днів з дати підписання, зазначеної нижче, або протягом наступного періоду часу: Дата: _____																		
Підписи	Я прочитав цей дозвіл, зрозумів його, і мені запропонували отримати його копію. Підпис неповнолітнього пацієнта необхідний для розкриття наступної інформації: (1) статус ВІЛ/СНІД, діагностика, лікування – 14 років; (2) планування сім'ї/аборти – без обмежень за віком; (3) лікування алкоголізму/наркоманії – 13 років; (4) послуги з охорони психічного здоров'я – 13 років. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">_____</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Підпис учня</td> <td style="text-align: center;">Дата</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Підпис юридичного/фізичного представника</td> <td style="text-align: center;">Взаємостосунки з учнем</td> <td style="text-align: center;">Дата</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Оновлення дозволу</td> <td>Підпис 1: _____</td> <td>Дата: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Підпис 2: _____</td> <td>Дата: _____</td> </tr> </table>	_____	_____		Підпис учня	Дата		_____	_____	_____	Підпис юридичного/фізичного представника	Взаємостосунки з учнем	Дата	Оновлення дозволу	Підпис 1: _____	Дата: _____		Підпис 2: _____	Дата: _____
_____	_____																		
Підпис учня	Дата																		
_____	_____	_____																	
Підпис юридичного/фізичного представника	Взаємостосунки з учнем	Дата																	
Оновлення дозволу	Підпис 1: _____	Дата: _____																	
	Підпис 2: _____	Дата: _____																	