

Coordinated Student Health Services

Avaliação do Estado de Saúde

Ano Letivo 20____ - 20____

JÁ PREENCHEU A FICHA ANUAL DE CONTATO DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE? Sim ☐ Não ☐

Sobrenome do(a) Estudante: _____
Data de Nascimento: _____

Nome do(a) Estudante: _____
Série: _____

O estado de saúde é definido como aquele que dura um (1) ano ou mais e exige atenção médica contínua, limita as atividades da vida diária ou ambas.

ATENDIMENTO A ESTUDANTES/TREINAMENTO

- O Plano Individual de Saúde (Individual Healthcare Plan/IHCP) é um plano de ação para o gerenciamento das necessidades reais e possíveis de saúde durante o dia escolar, em excursões e durante atividades patrocinadas pela escola.
 - Pode ser criado um IHCP para estudantes com um problema de saúde *comprovado* que exija medicação ou algum procedimento durante o dia na escola.
- O Plano de Atendimento de Emergência (ECP) é um conjunto de instruções passo a passo sobre o que fazer em uma emergência.
 - Pode ser criado um ECP para estudantes com possível risco de emergência (por exemplo, anafilaxia, convulsão, diabetes, asma).
- Conforme previsto pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA), as informações sobre o estado de saúde em um ECP serão compartilhadas com a equipe escolar aplicável.
- Todas as condições devem ter um diagnóstico documentado por um profissional de saúde, exceto ADD/ADHD, alergias sem risco de vida, condições de saúde mental/comportamental e "outros".

Condição de Saúde:

Assinale **SOMENTE** as condições de saúde atuais. *Indica condições que exigem documentação por escrito de diagnóstico por um profissional de saúde.

- | | |
|---|---|
| ☐ ADD/TDAH (Déficit de Atenção/Hiperatividade) | ☐ Diabetes – Tipo 1* |
| ☐ Alergias – sem risco de vida (não graves) | ☐ Diabetes – Tipo 2* |
| ☐ Alergias – com risco de vida (graves)* | ☐ Epilepsia / Transtornos Convulsivos* |
| ☐ Asma* | ☐ Distúrbios renais* |
| ☐ Distúrbio Hemorrágico* | ☐ Lúpus* |
| ☐ Câncer* | ☐ Anemia falciforme* |
| ☐ Condições Cardíacas* | ☐ Nenhum problema de saúde atual |
| ☐ Fibrose Cística* | ☐ Outra _____ |

Data do diagnóstico: _____
Sinais e sintomas (se houver): _____
Gatilhos/Alérgenos (se houver): _____
Hospitalização recente relacionada ao diagnóstico? Sim ☐ Não ☐ Data: _____
Cirurgia recente relacionada ao diagnóstico? Sim ☐ Não ☐ Data: _____
Restrição de atividades na escola? Sim ☐ Não ☐
Informações adicionais (*incluindo os efeitos colaterais conhecidos e específicos do estudante à medicação*):

Avaliação das Necessidades de Medicação:

É necessário, do ponto de vista médico, que seu(sua) filho(a) receba medicamentos durante o dia escolar?

Sim ☐ Não ☐

Se **Sim**, é necessário enviar um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, para fins de administração de medicamentos (www.browardschools.com/healthforms).

O estudante está atualmente tomando medicação que seria necessária para uma atividade externa relacionada à escola ou patrocinada pela escola (incluindo viagens noturnas) que ocorrem fora do horário escolar normal?

Sim ☐ Não ☐

De acordo com o Estatuto da Flórida 1002.20 e a Política 6305 do Conselho Escolar, é permitido o porte próprio pelo estudante de medicamentos como inalador de dose calibrada (MDI), autoinjeter de epinefrina, suprimentos e medicamentos para diabéticos e/ou suplementos de enzimas pancreáticas com um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, declarando que o estudante é treinado e independente.

O estudante carrega consigo ALGUM medicamento? Sim ☐ Não ☐
Caso sim, indique o medicamento: _____

Forneça as melhores formas de contato, incluindo nome e número de telefone, que os funcionários da escola possam usar para informá-lo sobre a condição de saúde de seu(sua) filho(a).

Pai/Mãe/Responsável (em letra de forma): _____

Melhor Telefone para Contato: _____

Pai/Mãe/Responsável (assinatura): _____

Relação com o(a) Estudante: _____

*****CLINIC USE ONLY*****

PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ No verified health condition [Remove from School Application] ☐
Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.) if applicable for conditions requiring written documentation ☐

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: _____ RN Signature: _____ Date: _____

☐ Student needs IHP only ☐ Student needs IHP and ECP ☐ No plan required at this time