

# Coordinated Student Health Services

## Revizyon Kondisyon/Eta Sante

Ane Lekòl 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

**ÈSKE OU KONPLETE KAT KONTAK NAN KA IJANS OU DWE RANPLI CHAK ANE?** Wi ☐ Non ☐

Siyati Elèv: \_\_\_\_\_  
Dat nesans: \_\_\_\_\_

Prenon Elèv: \_\_\_\_\_  
Klas: \_\_\_\_\_

Definisyon eta/kondisyon sante se eta sante ki ka dire (1) ane oswa plis epi ekzije atansyon medikal kontini, limite aktivite lavi toulejou, oswa toulede.

### SWEN ELÈV/TRENING

- Plan Sante Endividyèl [Individual Healthcare Plan (IHCP)] se yon plan daksyon prepare pou jere bezwen sante aktyèl epi potansyèl pandan jounen lekòl, sòti òganize (field trips) epi aktivite sou patwonaj lekòl.
  - Yo ka kreye yon plan IHCP pou elèv ki gen yon eta/kondisyon sante *verifye*, ki ekzije medikaman oswa yon pwosedi, pandan jounen lekòl.
- Plan Sante ann Ijans [Emergency Care Plan (ECP)] se etap pa etap enstriksyon pou sa yon moun dwe fè pandan yon ijans (emèjensi).
  - Yo ka devlope yon ECP pou elèv ak ris emèjensi potansyèl (vledi, anafilaksi, kriz, dyabèt, las).
- Si lwa sou Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) otorize l, enfòmasyon sou eta/kondisyon sante sou ECP ap pataje avèk pèsonèl lekòl ki konsène.
- Yon founisè swen sante/doktè dwe dokiman eta sante avèk yon dyagnostik, esepite ADD/ADHD, alèji ki pa mete lavi andanje, kondisyon mantal/sante konpòtman ak "lòt".

### Kondisyon/Eta Sante:

Tyeke **SÈLMAN** kondisyon/eta sante aktyèl. \*Endike kondisyon/eta sante ki **ekzije** dokimantasyon alekri dyagnostik yon founisè swen sante/doktè fè.

- ☐ ADD/ADHD (Defisi Atansyon / Ipèaktivite)
- ☐ Alèji – pa mete lavi an danje (pa grav)
- ☐ Alèji – mete lavi an danje (grav)\*
- ☐ Las/Asma\*
- ☐ Twoub kowagilasyon\*
- ☐ Kansè\*
- ☐ Kondisyon kè\*
- ☐ Fibwòz sistik\*

- ☐ Dyabèt – Tip 1\*
- ☐ Dyabèt – Tip 2\*
- ☐ Epilepsi / Kriz\*
- ☐ Maladi ren\*
- ☐ Lupus\*
- ☐ Anemi falsifòm\*
- ☐ Eta sante pa egziste kounyea
- ☐ Lòt

Dat dyagnostik: \_\_\_\_\_

Siy ak sentòm (si genyen): \_\_\_\_\_

Deklanche/Alèjèn (si genyen): \_\_\_\_\_

Ospitalize resaman akòz dyagnostik? Wi ☐ Non ☐ Dat: \_\_\_\_\_

Chiriji resan akòz dyagnostik? Wi ☐ Non ☐ Dat: \_\_\_\_\_

Restriksyon aktivite nan lekòl la? Wi ☐ Non ☐

Enfòmasyon adisyonèl (*enkli efè segondè spesifik konni nan ka elèv la akòz medikaman li pran*):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Evalyasyon Bezwen Medikaman:

Èske li nesesè opwenndvi medikal pou pitit ou pran medikaman pandan jounen lekòl la?

Wi ☐ Non ☐

Si se **Wi**, ranpli fòm Otorizasyon pou Medikaman/Tretman ke doktè /founisè swen sante dwe soumèt pou lekòl la administre medikaman ([www.browardschools.com/healthforms](http://www.browardschools.com/healthforms)).

Èske elèv la ap bezwen pran medikaman lè gen aktivite andeyò lekòl oswa aktivite sou patwonaj lekòl (ikonpri vwayaj leswa) sityasyon ki rive andeyò è regilye lekòl?

Wi ☐ Non ☐

Annakò ak lwa Florid, Florida Statute 1002.20 epi Direktiv School Board Policy 6305, yo pèmèt yon elèv pote medikaman sou li, pou inale dòz mezire [Metered Dose Inhaler (MDI)], otoenjektè epinefrin [epinephrine autoinjector], medikaman pou dyabetik, ak/oswa sipleman anzim pankreatik. Yon doktè dwe konplete Fòm Otorizasyon pou Medikaman /Tretman avèk deklarasyon elèv la resevwa fòmasyon epi endepandan.

Èske elèv la pote medikaman sou li? Wi ☐ Non ☐

Si se **Wi**, fè lis medikaman: \_\_\_\_\_

Tanpri ban-nou pi bon enfòmasyon kontak, non ak nimewo telefòn, pou manm pèsonèl lekòl la konsilte lè lap kominike sou eta/kondisyon sante pitit ou.

Paran/Gadyen (Enprime Non):

Nimewo Telefòn Nou Ka Kontakte Ou:

Paran/Gadyen (Siyati):

Relasyon ak Elèv la:

\*\*\*\*\*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