



التاريخ الصحي للطالب

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسم المعلم: _____ المدرس: _____
ركوب حافلة CVUSD: نعم ☐ لا ☐
يحضر EDP: نعم ☐ لا ☐

الدواء في المدرسة

يجب أن يكون لدى أي طالب يطلب منه تناول الدواء خلال اليوم الدراسي أمر طبيب صالح في الملف في مكتب الصحة. يجب على الوالد / الوصي تقديم الدواء (الأدوية) في حاوية (عوات) الوصفة الطبية التي تحمل اسم الطالب واسم الطبيب الموصوف والجرعة والأوقات التي سيتم إعطاؤها وأجهزة المراقبة (إذا لزم الأمر) والتأكد من أن حاويات الأدوية مصنفة بطريقة تتوافق مع أمر الطبيب المكتوب. يجب على الوالد / الوصي إخطار ممرضة المنطقة أو غيرها من موظفي المدرسة المعينين إذا كان هناك تغيير في دواء الطالب أو حالته الصحية أو مقدم الرعاية الصحية المعتمد.

معلومات خاصة بالطالب

حدد المربعات التي تنطبق :

☐ يحتاج طفلي إلى دواء في المدرسة:
اسم الدواء: _____ السبب: _____
☐ الحساسية: يجب تحديد كل ما ينطبق.

☐ الحساسية البيئية: (مثل الغبار / حبوب التلقيح) الوصف: _____

☐ الحساسية الغذائية:

قائمة الأطعمة:

قائمة الأعراض:

Epipen: ☐ وص ☐ نعم ☐ لا ☐ مضادات الهيستامين ☐ نعم ☐ لا

☐ لدغة الحشرات:

قائمة الحشرات:

قائمة الأعراض:

Epipen: ☐ وص ☐ نعم ☐ لا ☐ مضادات الهيستامين ☐ نعم ☐ لا

☐ اللاتكس:

قائمة الأعراض:

Epipen: ☐ وص ☐ نعم ☐ لا ☐ مضادات الهيستامين ☐ نعم ☐ لا

☐ الدواء: (مثل الحساسية للأموكسيسيلين) اسم الدواء: _____

الربو: جهاز الاستنشاق مطلوب في المدرسة؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط: ADHD ☐ إضافة

☐ مرض السكري: ☐ النوع 1 / يعتمد على الأنسولين ☐ النوع الثاني ☐ نقص السكر في الدم

☐ صعوبة السمع: ☐ يرتدي جهاز السمع المساعد ☐ الأذن اليمنى ☐ الأذن اليسرى

☐ حالة القلب: قيود النشاط ☐ نعم ☐ لا ☐ جهاز تنظيم ضربات القلب ☐ نعم ☐ لا

☐ ضعف البصر - يرتدي النظارات ☐ يرتدي العدسات اللاصقة

☐ المضبوطات: تكرار: _____ الوصف: _____

دواء النوبات الطارئة الموصوف: ☐ نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم ، اسم الدواء: _____

VNS ☐ نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة بنعم ، الموقع: _____

السرطان: هل تتلقى العلاج حالياً ؟ ☐ نعم ☐ لا

☐ فقر القصبية الهوائية

إصابة خطيرة في الرأس العمر: _____ الوصف: _____

☐ مرض فقر الدم المنجلي

☐ تحويلة: الموقع: _____

القسطرة البولية: النوع: _____ تكرار: _____

أنبوب التغذية: النوع: _____ مضخة: ☐ نعم ☐ لا



□ إعاقة الحركة: □ كرسي متحرك □ مشاية □ أخرى / قيود: _____

ضع قائمة بأي معلومات صحية أخرى تود أن تكون ممرضة المنطقة على دراية بها: _____

أفهم أنه من أجل توفير البيئة الأكثر أماناً والبرنامج التعليمي الأكثر اكتمالاً لطفلي ، يجب إبلاغ المدرسة بأي حالات صحية أو طبية قد تؤثر على اليوم الدراسي لطفلي أو تؤثر على تعلمه. أفهم أن الأدوية من أي نوع (مثل تايلينول ، قطرات السعال ، قطرات العين ، رذاذ الأنف) غير مسموح بها على أرض المدرسة دون أمر طبيب صالح في الملف. أفهم أن موظفي المدرسة ، بما في ذلك ممرضة المدرسة ، لا يجوز لهم إدارة أو المساعدة في أي دواء دون أمر الطبيب الصالح في الملف. أفهم أنه من أجل سلامة طفلي ، قد تحتاج ممرضة المدرسة إلى مشاركة المعلومات حول الحالة الصحية لطفلي مع موظفي المدرسة المناسبين. سيتم ذلك بطريقة سرية وفقاً لقانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA). إذا كنت لا أرغب في مشاركة هذه المعلومات ، فيجب أن أطلب ذلك كتابياً وأرسل الطلب إلى ممرضة المدرسة.

التوقيع: _____ علاقتك بالطالب: _____ التاريخ: _____