



سابقه صحتی شاگرد

نام شاگرد: _____ تاریخ تولد: _____

معلم: _____ مکتب: _____ از بس CVUSD استفاده میکند: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No
برنامه قبل یا بعد از مکتب EDP را اشتراک میکند: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

ادویه دارویی در مکتب

هر شاگردی که در طول روز مکتب ملزم به مصرف ادویه دارویی است باید دستور داکتر معتبر در دوسیه خود در اداره صحتی مکتب داشته باشد. والدین/سرپرست باید ادویه(ها) را در جعبه(های) نسخه که با نام شاگرد، نام داکتر تجویز کننده، میزان مصرف، زمان مصرف و دستگاه های نظارتی (در صورت نیاز) برچسب گذاری شده است، ارائه دهد و ظروف ادویه را تایید کند که به گونه ای برچسب گذاری شوند که مطابق با دستور کتبی داکتر باشد. اگر تغییری در ادویه، وضعیت صحتی یا ارائه دهنده مراقبت های صحتی مجاز شاگرد ایجاد شود، والدین/سرپرست باید به نرس منطقه یا سایر پرسونل تعیین شده مکتب اطلاع دهند.

معلومات خاص شاگرد

چهارخانه های خالی را علامت بزنید اگر برای شما اعمال میشوند:

☐ فرزند من در مکتب به ادویه دارویی نیاز دارد: نام ادویه دارویی: _____ دلیل: _____

☐ حساسیت ها: باید همه مواردی که اعمال می شوند انتخاب کنید

☐ حساسیت های محیطی: (به عنوان مثال گرد و غبار/گرده) توضیحات: _____

☐ حساسیت های غذایی: _____

لست غذاها: _____

لست علایم: _____

Epipen/اپی پن تجویز شده است: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No آنتی هیستامین/ Antihistamine ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

☐ نیش حشره: _____

لست حشرات: _____

لست علایم: _____

Epipen/اپی پن تجویز شده است: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No آنتی هیستامین/ Antihistamine ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

☐ لاتکس/ Latex: _____

لست علایم: _____

Epipen/اپی پن تجویز شده است: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No آنتی هیستامین/ Antihistamine ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

☐ ادویه دارویی: (به عنوان مثال حساسیت به آموکسی سیلین) نام ادویه دارویی: _____

☐ آسم/ نفس تنگی: در مکتب به دستگاه تنفسی نیاز است؟ ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

☐ اختلال کمبود توجه/بیش فعالی: ADD ☐ ADHD

☐ دیابت: ☐ نوع 1 / وابسته به انسولین ☐ نوع دوم ☐ هیپوگلیسمی

☐ مشکل شنوایی: استفاده از دستگاه شنوایی کمکی ☐ گوش راست ☐ گوش چپ

☐ وضعیت قلب: محدودیت فعالیت ☐ بله/Yes ☐ خیر/No ضربان ساز ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

☐ اختلال بینایی – عینک میزند ☐ از لنز طبی چشمی استفاده می کند ☐

☐ تشنج: فراوانی: _____ توضیحات: _____

داروهای تشنج در زمان عاقل تجویز شده است: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No اگر بلی نام ادویه دارویی: _____

VNS ☐ بله/Yes ☐ خیر/No اگر بلی، موقعیت: _____

☐ سرطان: در حال حاضر تحت درمان است؟ ☐ بله/Yes ☐ خیر/No

☐ Tracheostomy تراکئوستومی

☐ آسیب جدی به سر سن: _____ توضیحات: _____

☐ Sickle Cell Disease بیماری سلول داسی شکل

☐ Shunt/ تیوبی برای انتقال خون یا مایعات دیگر از یک قسمت بدن به قسمت دیگر: موقعیت: _____

☐ کاتتریزاسیون ادراری: نوع: _____ فرکانس: _____

☐ تیوب غذایی/ نوع: _____ پمپ: ☐ بله/Yes ☐ خیر/No



اختلال حرکتی □ ویلچر/چوکی چرخ دار □ عصا/وسایل کمکی برای راه رفتن □ دیگر/محدودیت ها: _____

هر گونه اطلاعات صحی دیگری را که می خواهید نرس منطقه از آن مطلع باشد فهرست کنید: _____

من درک می کنم که برای ارائه امن ترین محیط ممکن و کامل ترین برنامه آموزشی برای فرزندم، مکتب باید از هر گونه شرایط صحی یا طبی که ممکن است بر روز مکتب فرزندم تأثیر بگذارد یا بر یادگیری او تأثیر بگذارد، مطلع شود. من می دانم که استفاده از هر نوع ادویه دارویی (مانند تایلنول، قطره های سرفه، قطره های چشمی، اسپری بینی) در مکتب بدون دستور داکتر معتبر در دوسیه مجاز نیست. من می دانم که کارکنان مکتب، از جمله نرس مکتب، ممکن است بدون دستور داکتر معتبر در دوسیه، هیچ ادویه دارویی را تجویز یا کمک نکنند. می دانم که برای ایمنی فرزندم، نرس مکتب ممکن است نیاز داشته باشد اطلاعاتی درباره وضعیت صحی فرزندم با کارکنان مکتب به اشتراک بگذارد. طبق قانون حقوق آموزشی خانواده و حریم خصوصی (FERPA) این کار به صورت محرمانه انجام خواهد شد. اگر نمی خواهم این اطلاعات به اشتراک گذاشته شود، باید این درخواست را کتباً بخوام و درخواست را برای نرس مکتب ارسال کنم.

امضا: _____ نسبت فامیلی: _____ تاریخ: _____