

Ваша школа требует обновлять медицинскую историю раз в год каждый год и принести заполненную форму обратно в школу. Информация которой вы поделитесь будет предоставлена всем кому уместно чтобы оградить вашего ребёнка от безопасности

Имя ученика (Фамилия, имя) _____ Дата рождения _____

Название школы: _____ Класс: _____ Номер ученика: _____

Чтобы обеспечить безопасность школы, вы обязаны информировать школьную медсестру о всех жизне-опасных заболеваниях (перечислено ниже) ПЕРЕД тем как ваш ребёнок придёт первый раз в школу. А также вы обязаны предоставить медицинские заключения, план лечения и все лекарства которые необходимы вашему ребёнку. Всё это должно быть обновлено каждый учебный год! Все эти меры принимаются как для безопасности вашего ученика так и для всех остальных детей и требуется законом нашего штата. (ВАЦ 392-380-045)

1. ☐ **НЕТ** никаких заболеваний.

☐ **ДА**, имеются следующие заболевания:

Заболевания опасные для жизни:

(отметьте пункт который к вам относится)

☐ **Астма:** Нужен ли вашему ребёнку ингалятор чаще чем раз в неделю? _____
Лежал(а) ли ваш ребёнок в больнице за последний год с симптомами астмы? _____

Ваш ребёнок принимал лекарства со стероидами для лечения астмы на протяжении прошлого года? _____

☐ **Аллергия** (пожалуйста отметьте только в том случае если аллергия ОЧЕНЬ трудная и ребёнку приписан Эпинефрин. Например аллергия на арахис, укусы пчел, лесные орехи, итд)

Аллергены: _____

☐ **Диабет** Дата установления диагноза: _____ ☐ Группа 1 ИЛИ ☐ Группа 2
СГМ: ☐ ДА ☐ НЕТ

☐ Помпа ИЛИ ☐ Инъекции ☐ Справляется независимо ИЛИ ☐ Нужна помощь

☐ **Припадки** Вид: _____ Как часто: _____
Вашему ребёнку нужно принимать лекарство? _____
Нуждается ли ваш ребёнок в наличии постоянного нахождения лекарств в школе? _____

ДРУГИЕ СЕРЬЁЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ТО ЧТО МОЖЕТ

повлиять на состояние вашего ребенка в школьное время. (Например: аллергия на лекарственные препараты, СДВГ, тревожность, энкопрез, сердечные заболевания, мигрени, заболевание Крона, проблемы с диетой, генетические заболевания, частые сотрясения мозга, церебральный паралич, депрессия, ФКУ, энурез, заболевания крови, итд.) ПОЖАЛУЙСТА, перечислите ВСЕ ниже:

2. **ВСЕ ЛЕКАРСТВА КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ В ЗАПАСЕ В ШКОЛЕ:** (если вашему ребёнку необходимо принимать какие-то лекарства в школьное время, обратитесь сперва к школьной медсестре за бланком с медицинским заказом который необходим по закону (РЦЩ 28А. 210.260))

НАЗВАНИЕ ЛЕКАРСТВА	ДОЗА	ДИАГНОЗ И СИМПТОМЫ ПРИ КОТОРЫХ лекарство принимать

3. В случае крайней необходимости звонить:

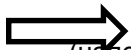
Имя родителя/опекуна 1: _____ Номер домашнего телефона: _____
Номер мобильного телефона: _____ Номер рабочего телефона: _____
Имейл адрес: _____

Имя знакомого/родственника на случай крайней необходимости: _____

Его/её номер телефона#1 _____ **#2** _____

Имя лечащего врача: _____

Его/её номер телефона: _____ **Факс:** _____



(напечатайте имя и поставьте подпись - родителя/опекуна заполнявшего эту форму)

(Дата)