

ЩОРІЧНА ІСТОРІЯ ЗДОРОВ'Я

НА _____ - _____ НАВЧАЛЬНИЙ РІК

РН Переглянуто

(Лише для офісного використання)

Ім'я учня: _____	Прізвище _____	Ім'я _____	По-батькові _____	Дата народження: _____
Школа: _____		Оцінка: _____		ID учня № _____

Нам потрібна оновлена щорічна історія здоров'я кожного навчального року. Надана інформація буде передана відповідним співробітникам, щоб забезпечити безпеку вашого учня в школі.

Учні з небезпечними для життя станами повинні мати наказ про прийом ліків/лікування, ліки та план охорони здоров'я **ДО** початку навчання відповідно до [RCW 28A.210.320](#) та [WAC 392-380-045](#). **Будь ласка, зверніться до вашої шкільної медсестри.**

1. ☐ **НЕМАЄ** захворювань або медичних проблем

☐ **Є** наступні захворювання або медичні проблеми

Стани, що загрожують життю

(Будь ласка, поставте позначку у відповідному полі та дайте відповідь на запитання після нього.)

- ☐ **Астма** Чи користується ваша дитина екстремним інгалятором частіше одного разу на тиждень? _____
 Чи була ваша дитина госпіталізована через симптоми астми протягом останнього року? _____
 Чи використовувала ваша дитина стероїди для лікування симптомів астми протягом останнього року? _____

- ☐ **Алергія** (Будь ласка, перевірте, якщо вона важка і призначено епінефрин. Наприклад: арахіс, бджоли, горіхи тощо)

Алерген(и) _____
☐ **Цукровий діабет** Дата діагностування: _____ ☐ Типу 1 АБО ☐ типу 2 CGM: ☐ Так ☐ Ні
☐ Балон АБО ☐ Ін'єкції ☐ Самостійне регулювання АБО ☐ Потребує допомоги

Судоми Тип: _____ Як часто: _____

Чи потрібні вашої дитини ліки при судомках? — _____

Чи потрібні вашій дитині ліки при судомках у школі? _____

Будь-які інші захворювання або медичні проблеми

які можуть вплинути на вашу дитину в школі. (Приклади: алергія на ліки, СДУГ, занепокоєння, енкопрез, захворювання серця, мігрень, хвороба Крона, проблеми з дієтою, генетика, історія струсу мозку, церебральний параліч, депресія, ФКУ, енурез, захворювання крові тощо.) **Будь ласка, вкажіть нижче.**

2. Ліки (включаючи рецепти, добавки та ліки, що відпускаються без рецепта)

Моєму учневі потрібні ліки в школі: ☐ НІ ☐ ТАК*

*Як зазначено в Політиці EPS 3416, перед тим, як дозволити будь-які ліки в школі, необхідно мати в наявності припис лікаря та

Назва препарату(ів).	Діагноз або симптоми, що вимагають лікування

3. Контактна інформація для екстрених випадків

Батьки/опікуни 1: _____ **Домашній:** _____ **Мобільний:** _____

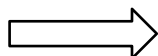
Робочий: _____ **Адреса електронної пошти:** _____

Батьки/опікуни 2: _____ **Домашній:** _____ **Мобільний:** _____

Робочий: _____ **Адреса електронної пошти:** _____

Для екстреного зв'язку: _____ **Телефон №1:** _____ **Телефон №2:** _____

Постачальник медичних послуг: _____



(Прізвище та підпис батька/опікуна, які заповнюють форму,

(Сьогоднішня дата)