

تطلب المدرسة ان يتم اكمال تاريخ الصحة السنوي الجديد ويعاد كل عام دراسي.
سيتم مشاركة المعلومات المقدمة مع الموظفين ذات الصلة لضمان سلامة الطالب في المدرسة.

اسم الطالب:	_____	MI	First الاول	الخير
المدرسة:	_____	رقم الطالب:	_____	الصف

لضمان بيئة آمنة في المدرسة، انت مطالب بإبلاغ الممرضة إذا كان طفلك يعاني من حالة طبية مهددة للحياة (قائمة ادناه) قبل حضور طفلك اول يوم في المدرسة حيث يجب ان يكون امر بالعلاج الحالي وخطة الصحة والدواء متوفرين للمدرسة كل عام دراسي لضمان بيئة آمنة لطفلك على النحو المطلوب من قبل قانون الولاية (WAC 392-380-045)

1. لا يوجد حالة طبية او قلق من الناحية الطبية

نعم، الحالات الطبية التالية او شأن يقلق من الناحية الطبية

حالات تهدد الحياة:

(الرجاء التأشير على المربع المناسب واكمل الأسئلة التي تليه)

- الربو هل يستخدم طفلك مستنشق منفذ اكثر من مرة في الأسبوع؟
هل دخل طفلك المستشفى بسبب اعراض الربو في العام الماضي؟
هل استخدم طفلك منشطات لا اعراض الربو في العام الماضي؟
- حساسية (التأشير فقط اذا تم وصف Epinephrine و Severe الرجاء. مثل: الفول السوداني، النحل، شجر الجوز، الخ)
حساسية _____
- داء السكر تاريخ التشخيص _____
نوع 1 او نوع 2 CGM: نعم لا
 مضخة او حقن تدبير بشكل مستقل او بحاجة الى مساعدة
- نوبة مرضية النوع: _____ كم مرة: _____
هل نوبات طفلك المرضية تتطلب علاج؟ _____
هل يتطلب طفلك علاج طارئ للنوبة المرضية في المدرسة؟ _____

أي حالة طبية او شأن طبي آخر داعي للقلق

قد تؤثر على طفلك في المدرسة (على سبيل المثال: علاج للحساسية، ADHD، قلق، بداعة، امراض القلب، داء الشقيقة، كرون، شئون خاصة بالغذاء، وراثي، تاريخ ارتجاج في المخ، التشلل الدماغي، اكتئاب، PKU، سلس البول، اضطراب في الدم، اكتئاب، الخ)
يرجى ذكر ادناه.

2. علاج مطلوب في المدرسة: (اذا تتطلب طفلك علاج في المدرسة، اتصل بغرفة الصحة لطلب العلاج كما هو مطلوب من قبل القانون (RCW 28A.210.260)

اسم العلاج	الجرعة	التشخيص او الأعراض التي تتطلب العلاج

3: معلومات للاتصال في حالة الطوارئ

ولى الامر/الوصي 1: _____ المنزل: _____ المحمول: _____
العمل: _____ البريد الإلكتروني: _____
ولى الامر/الوصي 2: _____ الهاتف رقم 1: _____ الهاتف رقم 2: _____
العمل: _____ البريد الإلكتروني: _____
اتصال للطوارئ: _____ الهاتف رقم 1: _____ الهاتف رقم 2: _____
مقدم الرعاية الصحية: _____ الهاتف: _____ الفاكس: _____

