

(Имя, Фамилия): _____ М Ж Класс _____ ID # _____

Имя студента

Эта информация необходима для планирования соответствующей программы для вашего студента и для подготовки к любой чрезвычайной ситуации. * Закон штата Вашингтон требует, чтобы для учащихся с такими заболеваниями как анафилактический шок, астма, диабет, эпилепсия и другими угрожающими жизни заболеваниями был составлен план который будет применен в случае неотложной медицинской помощи. Этот план должен быть составлен до первого дня посещения школы. Обратитесь к школьной медсестре, чтобы оформить все документы.

История болезни (отметьте все что применимо) Или Нет проблем со здоровьем в это время (пожалуйста, подпишите ниже).

Врожденные /генетические заболевания

A_ Другие _____
B_ фетальный алкогольный синдром _____

Гематология (кровь)

BB *Гемофилия _____
BC Серповидноклеточная анемия _____
BD Другие состояния крови _____

Сердечно-сосудистые/сердечные заболевания

C_ Другие _____

Эндокринные, аллергия, иммунная система, метаболические и пищевые заболевания

EB Другие аллергии _____
ED Аллергия - Пища _____
EE Аллергия - Насекомые _____
EG *Анафилактическое состояние (EpiPen) _____
EK/L *Диабет 1 типа *Диабет 2 типа _____
EM Аллергия на лекарства _____
EN Расстройство пищевого поведения _____
EO Другие эндокринные, иммунные или метаболические расстройства _____
EU Расстройство щитовидной железы _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта, стоматологии и полости рта

GA/J/K глютеновая болезнь Болезнь Крона
 Раздраженный кишечник
GD Заболевание зубов _____
GG Пищевая непереносимость _____
GH/L Гастроэзофагеальный рефлекс Непереносимость лактозы
GI Другие _____
GM Заболевания печени _____
GN Заболевания ротовой полости _____

Скелетно-мышечная и соединительная ткань

MB Другие _____
MC Ревматоидный артрит _____
MD Мышечная дистрофия _____
MF Осгуд-Шлаттер _____
MH Сколиоз _____

Кожа и подкожные ткани

SB контактный дерматит (Экзема) _____
S_ Другое _____

Нужны ли лекарства в домашних условиях? Нет Да Пожалуйста, список: _____

Нужны ли лекарства в школе? Нет Да, пожалуйста, перечислите : _____

Предпочитаемая больница: _____

Если родитель/опекун или уполномоченный экстренный контакт не могут быть достигнуты во время неотложной медицинской помощи, и если неотложная помощь срочна, я разрешаю школьным властям направить моего ученика в больницу или к врачу, который является наиболее доступным. Я понимаю, что я несу полную ответственность за оплату любых оказанных услуг. Я понимаю, что информация, представленная выше, будет передана соответствующему школьному персоналу чтобы обеспечить безопасность моего ученика. Я даю разрешение работникам школьного округа Снохомиш получить и ввести даты получения прививок в WAIS для ведения учета иммунизации моего ученика.

Дата: _____ Подпись родителей/опекунов : _____ Телефон: _____

Нервная система

СДВГ-невнимательный СДВГ-Гиперактивный/Импulsивный
NB СДВГ-Комбинированные, Диагностируется: _____
NC Расстройство аутистического спектра _____
ND Центральная нервная система Другие _____
NE ДЦП _____
NF Инвалидность в развитии _____
NL Умственно отсталый _____
NH/I/J Мигрени Головные боли Шунт
NN Паралич _____
NP *Эпилепсия _____
NQ Сенсорное состояние _____
NS Спина Бифида _____
NT Травма спинного мозга _____
NU Травма головного мозга _____

Психическое состояние/Поведение

PA Тревоги _____
PC Депрессия _____
PH Расстройство сна _____
PI Синдром Туретта _____
PJ Другие _____

Респираторные заболевания

RA Бронхоспазм вызванный физическими упражнениями
 *Ингалятор
RE Реактивное заболевание дыхательных путей _____
RF Другие _____
RG *Астма *Ингалятор
RH Астма – не диагностированная

Неоплазмы (Рак/Опухоли)

TI Другие _____

Почечная и мочеполовая

UB Хроническая инфекция мочевыводящих путей _____
UC Дисменорея (болезненные менструации) _____
UD Состояние мочеполовой системы Другие _____
UH Состояние почек Другие _____

Глаз и ухо

YB Нарушение слуха _____
YA/YC Хронические инфекции уха Состояние уха _____
YD Незрячий _____
YE Состояние глаз _____
YF Носит очки _____ последняя проверка зрения : _____