

## ЕЖЕГОДНАЯ АНКЕТА О МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМАХ СТУДЕНТА

Данная анкета призвана помочь персоналу школы в предотвращении проблем со здоровьем, которые могут представлять опасность для вашего ребенка и могут мешать учебному процессу.

Имя ученика \_\_\_\_\_ Учебный год \_\_\_\_\_

Школа \_\_\_\_\_ Класс \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

### **УГРОЖАЮЩАЯ ЖИЗНИ АЛЛЕРГИЯ** **требующая инъекции эпинефрина** **автоматическим шприцем в школе и** **последующее обращение к врачу.**

**\*\* Пожалуйста, обратитесь к школьной медсестере**

- Угрожающая жизни аллергия на \_\_\_\_\_
- Прочие аллергии, не угрожающие жизни, на которые следует избегать \_\_\_\_\_

### **АСТМА:**

- Периодическая – у учащегося имеются симптомы хрипов и кашля, но не более 2 раз в неделю, с ночными приступами не чаще двух раз в месяц. За исключением этих нечастых эпизодов, симптомы отсутствуют
- Легкая форма – симптомы проявляются чаще двух раз в неделю, но реже чем раз в день, приступы могут мешать повседневной деятельности.
- Средней тяжести – симптомы проявляются ежедневно, приступы обычно длятся несколько дней. Симптомы мешают нормальной деятельности и нарушают сон.
- Тяжелая форма – симптомы проявляются часто в течение дня, также ограничивая деятельность учащегося и нарушая сон.
- Ингалятор, лекарства в школе \* смотри инструкцию ниже

### **РАССТРОЙСТВО ВНИМАНИЯ (ADHD):**

- Лекарство для приема в школе \* см. внизу
- Лекарство для приема дома
- Диагноз поставлен, но лечение не назначено

### **ДИАБЕТ:**

**\*\* Пожалуйста обратитесь к школьной медсестере**

- Требуются инсулиновые инъекции и нужен специальный план на время нахождения в школе.
- Инсулиновые инъекции не требуются, но нужен специальный план на время нахождения в школе

### **ПРОБЛЕМЫ СО СЛУХОМ:**

- Плохо слышит: правым ухом \_\_\_\_\_ левым ухом \_\_\_\_\_
- Носит слуховой аппарат в правом/левом ухе (обведите)

### **ПРОБЛЕМЫ СО ЗРЕНИЕМ:**

- Слепота в одном глазу: правый \_\_\_\_\_ левый \_\_\_\_\_
- Иные проблемы со зрением
- Носит очки  Носит контактные линзы

### **ПРИПАДКИ:**

**\*\* Пожалуйста обратитесь к школьной медсестере**

- Лекарство для приема в школе \* см. внизу
- Лекарство для приема дома
- Страдает припадками, но лечение не назначено

Дата последнего приступа \_\_\_\_\_

### **ФИЗИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ АКТИВНОСТЬ:**

- Костно-мышечные проблемы (ограничения): \_\_\_\_\_

### **ПРОЧЕЕ:**

- Лекарства, которые ребенок должен принимать во время нахождения в школе: \* см. внизу \_\_\_\_\_

### **ИНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЛИЯТЬ НА УСПЕВАЕМОСТЬ РЕБЕНКА:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **\* ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ В ШКОЛЕ:**

Заполните Разрешение на получение лекарств от персонала школы. Форму можно получить в школьном офисе или на сайте школьного округа. Форма должна быть заполнена лицензированным медицинским работником до того, как ребенок сможет получать лекарства в школе.

### **\*\* СОСТОЯНИЕ, УГРОЖАЮЩЕЕ ЖИЗНИ: Свяжитесь со школьной медсестрой!**

**Все лекарства и медицинский план должны быть предоставлены школьной медсестре до того, как ваш ребенок сможет посещать школу.**

В случае, если моему ребенку, по мнению школьного персонала, требуется неотложная медицинская помощь, и со мной или врачом, указанным в регистрационных документах, нет возможности связаться, Я уполномочиваю администрацию школы отправить моего ребенка (с надлежащим сопровождением) в ближайшую больницу или к врачу. Я понимаю, что буду нести полную ответственность по вытекающим из этого финансовым обязательствам.

**Вышеуказанная информация о здоровье моего ребенка может передаваться персоналу школы только в объеме, безусловно необходимом, для выполнения им своих функций (need to know basis).**

*Подпись родителя/опекуна:* \_\_\_\_\_

*Дата:* \_\_\_\_\_