

Wood Dale School District #7
Historia zdrowia ucznia
i informacje niezbędne w nagłych wypadkach

Imię ucznia:		Szkoła:
Imię rodzica/opiekuna:	Kasa/Nauczyciel:	Data urodzenia:
Numer telefonu:	Numer telefonu do pracy:	Numer telefonu komórkowego:

W celu zapewnienia optymalnych usług związanych ze zdrowiem dziecka i opracowania karty zdrowia z dokładnymi i aktualnymi informacjami, zwracamy się do Państwa z prośbą o dostarczenie niezbędnych danych.

Informacje zawarte w tym formularzu są poufne i będą tylko dostępne dla szkół, do których uczeń uczęszcza i personelu medycznego w przypadkach niezbędnych dla zapewnienia bezpieczeństwa dziecka.

Czy Twoje dziecko ma:

Alergię*** <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, na co jest dziecko uczulone:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
*** Jeśli Twoje dziecko ma alergię pokarmową, należy wypełnić informacje na odwrocie niniejszego formularza		
Astma <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać bodźce i objawy:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Cukrzyca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę dołączyć plan opieki:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Padaczka <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać rodzaj i sposób leczenia:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Problemy z sercem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać:	Czy potrzebne są leki w szkole: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Problemy ze wzrokiem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Czy dziecko nosi okulary/szklą kontaktowe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Kiedy ostatnio dziecko miało badany wzrok?
Problemy ze słuchem <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać:	Czy dziecko ma aparat słuchowy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Problemy ortopedyczne <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jeżeli tak, proszę opisać:	Proszę wymienić przeciwwskazania, jeżeli takie istnieją:

Inne problemy zdrowotne: (Proszę opisać)

Czy dziecko regularnie przyjmuje leki? Tak Nie Jeżeli tak, proszę wymienić:

<u>Leki</u>	<u>Leki</u>	<u>Leki</u>
Imię: _____	Imię: _____	Imię: _____
Dawkowanie: _____	Dawkowanie: _____	Dawkowanie: _____
Czas: _____	Czas: _____	Czas: _____
Stan/powód przyjmowania leku: _____	Stan/powód przyjmowania leku: _____	Stan/powód przyjmowania leku: _____
<input type="checkbox"/> Weźmie w domu <input type="checkbox"/> Weźmie w szkole	<input type="checkbox"/> Weźmie w domu <input type="checkbox"/> Weźmie w szkole	<input type="checkbox"/> Weźmie w domu <input type="checkbox"/> Weźmie w domu

Każde dziecko, które będzie przyjmowało leki w szkole musi dostarczyć wypełniony formularz zezwalający na podanie lekarstwa: Wood Dale School District #7- School Medication Permission Form (który zawiera podpis rodzica oraz informacje kontaktowe, jak również zalecenia lekarza i podpis)

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Proszę o wypełnienie i odesłanie formularza do szkoły dziecka.

Formularz z historią alergii pokarmowych

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Nauczyciel: _____

Alergia na: _____

- Czy dziecko ma astmę? Tak** Nie **Zwiększone ryzyko na silną reakcję
- Czy dziecko reaguje na skażenie "cross-contamination", np. przygotowując posiłki można kroić tym samym nożem produkty bez i zawierające alergeny? Tak Nie
- Czy dziecko reaguje na skażenie powietrza? Tak Nie
- Kiedy i w jaki sposób pokazały się pierwsze objawy alergii?

-
- Kiedy ostatni raz dziecko miało atak alergiczny?

-
- : Proszę opisać objawy i symptomy reakcji alergicznej:

-
- Jaki rodzaj pomocy medycznej należy zapewnić dziecku?
 Epinephrine Antihistamine Inne: (proszę wymienić) _____
 - Czy dziecko wymaga strefy wolnej od alergenów w czasie jedzenia? Tak Nie
 - Chciałabym, aby leki mojego dziecka przechowywane były w:
 Sekretariacie szkoły Klasie Sekretariacie szkoły i klasie
 - Jeżeli lek jest przechowywany w klasie, powinien on być transportowany przez personel szkolny wraz z przemieszczaniem się dziecka w obrębie szkoły: Tak Nie
 - Chciałabym towarzyszyć dziecku na wycieczkach szkolnych: Tak Nie
 - Uczniowie w klasie powinni być zachęceni do mycia rąk po przybyciu do szkoły i po zjedzeniu lunchu: Tak Nie
 - Dostarczę niepsujące się, bez alergenu przekąski, aby były dostępne w klasie w razie potrzeby
 Tak Nie

Proszę wymienić inne zmiany lub udogodnienia, które możemy wprowadzić w szkole lub kwestie, które Państwa martwią, a my powinniśmy być o nich poinformowani:

Podpis Rodzica: _____ Data: _____