



لا تكتب في هذه المساحة

0770620686

العام الدراسي:

خطة الصحة المدرسية

الربو

يرجى الكتابة بشكل واضح

الجزء A الوالد/الوصي: أكمل البنود من 1 إلى 11

رقم تعريف الطالب	(1)	الاسم الأخير للطالب	(2)	الاسم الأول للطالب	(3)	تاريخ الولادة	(4)
المدرسة	(5)	الصف	(6)				
اسم الوالد/الوصي ومعلومات الاتصال الخاصة به	(7)	رقم الهاتف	(8)	عنوان المراسلة البريدية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي	(9)		
الاتصال في حالة الطوارئ	(10)						
<p>(11) ملحوظة للوالد/الوصي: إن التوقيع على هذا النموذج يعني مجلس التعليم بمقاطعة جيفرسون وموظفيه من أي مسؤولية قد تنتج عن خطة العمل هذه. ولا يعني هذا النموذج المدرسة أو موظفيها من المسؤولية الناتجة عن إهمالهم. كما إنني أذن لمقدم الرعاية الصحية في إكمال هذا النموذج وتوقيعه للتحقق من صحة هذه المعلومات مع موظفي JCPS فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية وعلاوة على ذلك فإنني أقر بأنه من المرجح أن يتم إعطاء الأدوية والعلاجات من قبل موظفين مدربين وغير مرخصين من JCPS. كما أقر وأوافق بأنه عندما أصرخ لطفلي بحضور رحلة ميدانية برعاية المدرسة، قد يتم أيضًا توفير هذه الأدوية و/أو الخدمات الصحية من قبل متطوع مرخص له.</p> <p>يجب على الآباء ملاحظة أنه: يجب حفظ نموذج التفويض بوصفة طبية في ملف في المدرسة ليتم إعطاء الأدوية في المدرسة</p> <p>توقيع الوالد/الوصي: _____ رقم الهاتف: _____ التاريخ: _____</p>							

الجزء B يُستكمل هذا القسم بواسطة مقدم الرعاية الصحية فقط: أكمل البنود من 12 إلى 17

هل هذا الطفل مصاب بالربو؟	(12)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	التشخيصات الأخرى: _____
ما هي الأشياء التي قد تسبب الربو لهذا الطفل؟	(13)	<input type="checkbox"/> حبوب اللقاح <input type="checkbox"/> الغبار <input type="checkbox"/> الحيوانات <input type="checkbox"/> ممارسة الرياضة <input type="checkbox"/> الأغذية <input type="checkbox"/> المرض <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____		
قد تشمل أعراض الربو ما يلي:	(14)	<input type="checkbox"/> السعال <input type="checkbox"/> الأزيز <input type="checkbox"/> ضيق التنفس <input type="checkbox"/> يُرجى ذكر أي أعراض أخرى خاصة بهذا الطفل: _____		
استخدام أدوية ربو في المدرسة:	(15)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
هل هذا الطالب مدرب وقادر على حمل جهاز الاستنشاق الخاص به واستخدامه بمفرده؟	(16)	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	
معلومات مقدم الرعاية الصحية	(17)	توقيع مقدم الرعاية الصحية	التاريخ	ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة)
اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعاً		_____	_____	_____