



పూర్తి చేసిన పత్రాన్ని ఇక్కడ ఇవ్వండి:
 Jefferson County Public Schools,
 Health Services Department, LAM Building
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
 Telephone # (502) 485-3387
 Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

పాఠశాల ఆరోగ్య ప్రణాళిక
శ్యాశక్తియుక్తు సంబంధించిన
***** దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి. *****

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

5367315987

భాగం A తల్లితండ్రులు / సంరక్షకుడు: అంశాలు 1 - 11 పూర్తి చేయండి

1) విద్యార్థి పేరు # 2) విద్యార్థి చివరి పేరు 3) విద్యార్థి మొదటి పేరు 4) పుట్టిన తేదీ

5) పాఠశాల 6) గ్రేడ్

తల్లితండ్రులు/సంరక్షకుని పేరు & సంప్రదించవలసిన సమాచారం

7) పేరు 8) ఫోన్ నంబర్ 9) మెయిలింగ్ చిరునామా, పట్టణం, రాష్ట్రం, జిప్

10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం

11) తల్లితండ్రులు/సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కౌంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యదరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండి వాడుక విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయాల నుండి విడుదల చేయదు. ఇంకా, ఈ ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధించి JCPS సిబ్బందితో సమాచారం వినిమయం చేయడానికి ఈ పత్రం పూర్తి చేయడానికి మరియు సంతకం చేయడానికి నేను ఆరోగ్య సంరక్షణని అందజేసే వారికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. పాఠశాల స్టాఫ్ చేసిన కేత్ర పర్యటనకు నా బిడ్డ హాజరయ్యేలా చేయడానికి అధికారం ఇచ్చినప్పుడు ఈ మందులు మరియు / లేదా ఆరోగ్య సేవలను లైసెన్స్ పొందిన వలంటీర్ కూడా అందించవచ్చునని నేను గుర్తించి, అంగీకరించాను.

తల్లితండ్రులు దయచేసి గమనించండి: పాఠశాలలో ఇవ్వవలసిన మందులు కోసం పాఠశాలలో ప్రీస్క్రిప్షన్ ధృవీకరణ పత్రం తప్పనిసరిగా రికార్డ్ లో ఉండాలి

తల్లితండ్రులు/సంరక్షకుని సంతకం తల్లితండ్రుల నంబర్ తేదీ

భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12 - 17 పూర్తి చేయండి

12) వ్యాధి నిర్ధారణ: ***లేటెక్స్ అలెర్జీ / సంవేదనశీలత: అవును కాదు

13) ట్రాకియోస్టోమి సక్షనింగ్ / మార్పడం
 ట్రాకియోస్టోమి ట్యూబ్ యొక్క రకం మరియు సైజు:
 సక్షనింగ్ తరచుదనం (ఒకటి తనిఖీ చేయండి మరియు భర్తీ చేయండి):
 ప్రతి _____ గంటలకు
 ఈ క్రింది చిహ్నాలు మరియు లక్షణాలు ఆధారంగా అవసరమైన విధంగా
 గొంతుకు అడ్డుపడటం నిరంతరంగా దగ్గు పుక్కిలింపడం విద్యార్థి అభ్యర్థన మేరకు ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): _____
 ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): _____
 ట్రాకియోస్టోమి ట్యూబ్ పాఠశాల రోజుల్లో తొలగిపోయినట్లయితే, శిక్షణ పొందిన పాఠశాల సిబ్బంది దానిని మారుస్తారా? అవును కాదు

14) వెంటిలేటర్
 సామగ్రి కంపెనీ/ఫోన్ నంబర్:
 వెంటిలేటర్ రకం:
 వెంటిలేటర్ సెట్టింగ్స్:
 విద్యార్థికి పాఠశాలలో వెంటిలేటర్ కావాలా? అవును కాదు
 విద్యార్థికి వెంటిలేటర్ కావాలి: నిరంతరంగా కునుకు తీసుకున్నప్పుడు / నిద్రపోతున్నప్పుడు మాత్రమే ఇతరులు: _____
 వెంటిలేటర్ కోసం నిర్దేశిత సూచనలు (అనగా కునుకు తీసుకున్నప్పుడు/నిద్రపోయే సమయంలో లక్షణాలు & చిహ్నాలు): _____
 అదనపు ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వ్యక్తి యొక్క వ్యాఖ్యానాలు: _____

15) ఆక్సిజన్ భర్తీ
 ఆక్సిజన్ పెండర్/ఫోన్ నంబర్:
 ప్రతి నిమిషానికి లైటర్స్:
 నాజల్ కన్యులా మాస్క్ ట్రాకియోస్టోమి కాలర్
 ఉపయోగించడానికి సమయాలు:
 నిరంతరంగా నిద్రపోయే సమయంలో/కునుకు తీసుకున్నప్పుడు శ్యాసకోసం ఇబ్బంది
 ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): _____

16) పల్స్ ఆక్సిమీటర్
 ఇంట్లో ఆక్సిజన్ శాత్యరేషన్ మానిటరింగ్ ని దైనందిన వారీగా అందుకున్నట్లయితే పల్స్ ఆక్సిమీటర్ ని వినియోగించడం ప్రోత్సహించబడాలి. (పాఠశాలలో వినియోగించడానికి అవసరమైన సామగ్రిని కేటాయించడానికి తల్లితండ్రులు/సంరక్షకుడు.)
 విద్యార్థి యొక్క సాధారణ టీఎస్ లైన్ ఆక్సిజన్ శాత్యరేషన్ _____%
 పల్స్ ఆక్సిమీటర్ తో విద్యార్థికి ఆక్సిజన్ శాత్యరేషన్ ని తనిఖీ చేసినప్పుడు దయచేసి సూచించండి.
 (పర్సనల్ టెస్ట్ తనిఖీ చేయండి. PRN నిర్దేశిత మార్గదర్శకాల్ని కేటాయించండి):
 శ్యాశక్తియు చికిత్సలు తీసుకోవడానికి ముందు/తరువాత
 శ్యాశక్తియు ఇబ్బంది యొక్క చిహ్నాలు
 ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): _____
 శ్యాశక్తియు _____% కంటే తక్కువగా ఉంటే ఆక్సిజన్ ని _____ లీటర్లు/నిమిషానికి ప్రారంభించాలి.
 శ్యాశక్తియు _____% & _____% మధ్య ఉంటే తల్లితండ్రుని కాల చేయండి.
 శ్యాశక్తియు _____% కంటే తక్కువగా ఉంటే EMS కి కాల్ చేయండి (911)

17) ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సమాచారం పత్రాన్ని తప్పనిసరిగా ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మరియు తల్లితండ్రులు/సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి.
 ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సంతకం తేదీ
 ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు
 వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రక్రియ చేయడానికి కావాలి)