



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:
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

OKUL SAĞLIK PLANI
SOLUNUM

Akademik Okul Yılı:

BU ALANI BOŞ BIRAKIN

5367315987

Lütfen düzgün bastırın.

BÖLÜM A Ebeveyn / Veli: 1 - 11 Öğelerini Tamamlayın

1) Öğrenci NUmarası	2) Öğrencinin Soyadı	3) Öğrencinin Adı	4) Doğum tarihi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Okul	6) Derece		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri

7) Adı	8) Telefon Numarası	9) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>
10) Acil İletişim	() -	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

11) Ebeveyne/veliyeye not: Bu formu imzalamak, Jefferson İlçesi Eğitim Kurulu ve çalışanlarını bu eylem planından kaynaklanabilecek her türlü sorumluluktan muaf tutacaktır. Bu form, okulun veya çalışanlarının kendi ihmallerinden dolayı sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Ayrıca, sağlık hizmeti sağlayıcısının bu formu doldurmasına ve imzalamasına, JCPS personeli ile bu sağlık durumuna ilişkin bilgi alışverişinde bulunmasına izin veriyorum. Çocuğuma okul destekli bir okul gezisine katılma yetkisi verdiğimde, bu ilaçların ve/veya sağlık hizmetlerinin lisanslı bir gönüllü tarafından da sağlanabileceğini kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Ebeveynler lütfen unutmayın: Okulda ilaçların verilebilmesi için okulda bir reçete yetki formu dosyalanmalıdır

EBEVEYN / VELİ İmzası

X

TELEFON NUMARASI

() -

TARİH

BÖLÜM B YALNIZCA SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR: 12 - 17 Öğelerini Tamamlayın

12) TEŞHİS: _____ ***LATEKS ALERJİSİ/HASSASİYET: EVET HAYIR

13) **TRAKEOSTOMİ EMİŞİ/DEĞİŞTİRME**

Trakeostomi tüpünün tipi ve boyutu: _____

Emme Sıklığı (Birini işaretleyin ve doldurun):

- Her _____ saat
 Aşağıdaki belirtilere ve semptomlara dayalı olarak gerektiğinde
 Boğulma Sürekli öksürük Lıkırdama Öğrencinin isteği üzerine
 Diğer (Belirtiniz): _____

Emme Talimatları: (Ebeveyn/Veli, salin ve kateter tedarik edecektir)

- Kateter yerleştirme derinliği:
 Aşağıdaki belirtilere ve semptomlara dayalı olarak gerektiğinde
 Diğer (Belirtiniz): _____

Okul günü içinde trakeostomi tüpünün yerinden çıkması durumunda, eğitimli okul personeli tüpü değiştirebilir mi? EVET HAYIR

14) **SOLUNUM CİHAZI**

Ekipman Şirketi/Telefon Numarası: _____

Solunum Cihazı Tipi: _____

Solunum Cihazı Ayarları: _____

Öğrenci okulda solunum cihazına ihtiyaç duyar mı? EVET HAYIR

Öğrencinin solunum cihazına ihtiyacı var: Devamlı olarak Sadece Şekerleme/Uyku Sırasında Diğer: _____

Solunum Cihazı için özel talimatlar (örn. kestirirken/uyurken vb. aranacak işaretler ve semptomlar): _____

Ek Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Yorumları: _____

15) **OKSİJEN TAKVİYESİ**

Oksijen Satıcısı/Telefon Numarası: _____

Dakikada Litre: _____

Burun Kanülü Maske Trakeostomi Yakası

Kullanım Süreleri:

- Sürekli Uyurken/Şekerleme yaparken Solunum Zorluğu
 Diğer (Belirtiniz): _____

16) **NABİZ OKSİMETRE**

Nabız oksimetresinin kullanımı, yalnızca çocuk rutin olarak evde oksijen saturasyonu izlemesi alıyorsa teşvik edilir. (Okulda kullanım için gerekli ekipmanı sağlayacak ebeveyn/veli.)

Öğrencinin NORMAL REFERANS oksijen doygunluğu % _____

Lütfen öğrencinin bir Nabız oksimetresi ile oksijen doygunluğunu ne zaman kontrol ettirmesi gerektiğini belirtin. (Uygun olanların tümünü işaretleyin. PRN ÖZEL yönergeler sağlıyorsa.):

Solunum tedavileri öncesi/sonrası

Solunum sıkıntısı belirtileri

Diğer (Belirtiniz): _____

Eğer doygunluk % _____ altında ise, Oksijeni _____ Litre/Dakikada Başlatın

Eğer doygunluk % _____ ve % _____ arasında ise, ebeveyni arayın.

Eğer doygunluk % _____ altında ise, EMS (911)'i arayın

17) **Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Bilgileri** Form bir Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ve ebeveyn/veli tarafından imzalanmalıdır

Sağlık Sağlayıcı İmzası

X

Tarih

Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir)

Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı