



Gửi mẫu đơn đã hoàn chỉnh về:  
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**  
**CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ HỌC ĐƯỜNG**  
**CHẨN ĐOÁN**

Năm học:

**KHÔNG VIẾT TRONG KHU**  
**VỰC NÀY**

5367315987

\*\*\*Hãy viết in hoa rõ ràng.\*\*\*

**PHẦN A** **Bố mẹ / Người giám hộ: Hoàn thành Mục 1-11**

1) ID học sinh  2) Họ của học sinh  3) Tên của học sinh  4) Ngày sinh

5) Trường học  6) Lớp

Thông tin Liên lạc và Tên Phụ huynh/Người giám hộ  
7) Tên  8) Số điện thoại  9) Địa chỉ thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng

10) Liên hệ Khẩn cấp

11) Chú ý cho bố mẹ/người giám hộ: Ký tên vào mẫu đơn này sẽ miễn trừ mọi trách nhiệm có khả năng phát sinh từ kế hoạch hành động này cho Hội đồng Giáo dục Quận Jefferson và các nhân viên của họ. Mẫu đơn này không loại trừ trách nhiệm của trường học hoặc nhân viên của trường học do sai sót riêng của họ. Đồng thời, sau đây tôi cho phép nhà cung cấp dịch vụ y tế hoàn thành và ký tên vào mẫu đơn này để trao đổi thông tin với nhân viên JCPS về tình trạng sức khỏe này. Tôi hiểu và đồng ý rằng khi tôi cho phép con mình tham gia chuyến đi trải nghiệm thực tế do trường tài trợ, tình nguyện viên được cấp phép cũng có thể cung cấp các loại thuốc và/hoặc dịch vụ y tế này cho con tôi.

**Bố mẹ xin vui lòng lưu ý: Mẫu đơn cho phép sử dụng thuốc kê đơn phải được nộp cho trường đối với những loại thuốc sẽ được sử dụng ở trường.**

Chữ ký của BỐ MẸ / NGƯỜI GIÁM HỘ  SỐ ĐIỆN THOẠI  NGÀY

**PHẦN B** **CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ: Hoàn thành Mục 12 – 17**

12) HỒ HẤP: \_\_\_\_\_ \*\*\*MẶN CĂM/DỊ ỨNG CAO SU:  CÓ  KHÔNG

13) **THAY THẾ/HÚT DỊCH NỘI KHÍ QUẢN**  
Loại và kích cỡ của ống nội khí quản: \_\_\_\_\_  
**Tần suất hút dịch (Đánh dấu một mục và điền thông tin):**  
 Mỗi \_\_\_\_\_ giờ  
 Khi cần dựa trên những dấu hiệu và triệu chứng như sau  
 Nghẹn  Ho liên tục  Thở òng ọc  Theo yêu cầu của học sinh  
 Khác (Vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_  
**Hướng dẫn hút dịch: (Bố mẹ/Người giám hộ cung cấp nước muối và ống thông)**  
 Độ sâu đặt ống thông:  
 Khi cần dựa trên những dấu hiệu và triệu chứng như sau  
 Khác (Vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_  
Trong trường hợp ống nội khí quản bị lỏng trong ngày học, nhân viên trường học đã qua đào tạo có thể giúp thay thế không?  CÓ  KHÔNG

14) **MÁY THỜ**  
Số điện thoại/Công ty cung cấp Thiết bị: \_\_\_\_\_  
Loại Máy thở: \_\_\_\_\_  
Cài đặt Máy thở: \_\_\_\_\_  
Học sinh có cần sử dụng máy thở tại trường không?  CÓ  KHÔNG  
Học sinh cần máy thở:  Liên tục  Chỉ trong khi ngủ  Khác: \_\_\_\_\_  
Hướng dẫn đặc biệt dành cho Máy thở (ví dụ: các dấu hiệu và triệu chứng cần chú ý khi ngủ, v.v.) \_\_\_\_\_  
Nhận xét khác của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế: \_\_\_\_\_

15) **BỘ SUNG OXY**  
Số điện thoại/Nhà cung cấp Oxy: \_\_\_\_\_ Số lần sử dụng: \_\_\_\_\_  
Số lít/phút: \_\_\_\_\_  Liên tục  Trong khi ngủ  Suy hô hấp  
 Ống thông mũi  Mặt nạ  Ống nội khí quản đeo cổ  Khác (Vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_

16) **MÁY ĐO ĐỘ BẢO HÒA OXY TRONG MÁU**  
Sử dụng máy đo độ bão hòa oxy trong máu chỉ được khuyến khích nếu trẻ được theo dõi độ bão hòa oxy thường xuyên tại nhà. (Bố mẹ/Người giám hộ cần cung cấp thiết bị cần thiết để sử dụng tại trường.)  
Mức bão hòa oxy CƠ SỞ BÌNH THƯỜNG của học sinh là \_\_\_\_\_ %  Nếu mức bão hòa dưới \_\_\_\_\_ % Bắt đầu oxy ở mức \_\_\_\_\_ lít/phút  
**Hãy cho biết khi nào học sinh nên được kiểm tra mức bão hòa oxy bằng Máy đo độ bão hòa oxy trong máu. (Đánh dấu tất cả các mục phù hợp. Nếu PRN cung cấp hướng dẫn CỤ THỂ):**  
 Trước/sau khi điều trị hô hấp  
 Các dấu hiệu suy hô hấp  
 Khác (Vui lòng nêu rõ): \_\_\_\_\_  
 Nếu mức bão hòa từ \_\_\_\_\_ % đến \_\_\_\_\_ % gọi phụ huynh.  
 Nếu mức bão hòa dưới \_\_\_\_\_ % GỌI EMS (911)

17) **Thông tin của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế** Mẫu đơn phải có chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế và Bố mẹ/Người giám hộ  
Chữ ký của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế  Ngày  Con dấu của Văn phòng Y tế (bắt buộc để xử lý)  
Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế