



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**  
**ĐỘNG KINH**

Năm học:

**KHÔNG VIẾT TRONG KHU  
 VỰC NÀY**

3156559666

\*\*\*Hãy viết in hoa rõ ràng.\*\*\*

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

1) ID học sinh <input type="text"/>	2) Họ của học sinh <input type="text"/>	3) Tên của học sinh <input type="text"/>	4) Ngày sinh <input type="text"/>
5) Trường học <input type="text"/>		6) Lớp <input type="text"/>	

**Thông tin Liên lạc và Tên Phụ huynh/Người giám hộ**

7) Tên <input type="text"/>	8) Số điện thoại ( ) - <input type="text"/>	9) Địa chỉ thư, Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng <input type="text"/>
10) Liên hệ Khẩn cấp <input type="text"/>		( ) - <input type="text"/>

**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 – 15**

**12) Thông tin về Động kinh**

Loại Động kinh	Thời gian	Tần suất	Mô tả

Dấu hiệu Cảnh báo/Yếu tố kích thích Động kinh:  Phản ứng của học sinh sau khi động kinh:

**13) Sơ cứu Cơ bản: Chăm sóc và An ủi**      **Động kinh thường được coi là khẩn cấp khi:**      **Quy định Xử lý Khẩn cấp:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Giữ bình tĩnh và theo dõi thời gian</li> <li>Bảo đảm sự an toàn của học sinh (bảo vệ đầu, giữ đường thở thông thoáng/theo dõi nhịp thở, nằm nghiêng)</li> <li>Không nhét hay đưa bất cứ thứ gì vào trong miệng</li> <li>Ở cùng học sinh cho đến khi khôi phục hoàn toàn</li> <li>Lưu tài liệu về kết luận động kinh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Động kinh co giật (co gồng-co giật) kéo dài trên 5 phút</li> <li>Học sinh động kinh nhiều lần và không tỉnh táo trở lại</li> <li>Học sinh bị thương hay bị bệnh tiểu đường</li> <li>Học sinh bị động kinh lần đầu tiên</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thời gian động kinh</li> <li>Để học sinh nằm xuống sàn nếu học sinh đang đứng; nếu học sinh ngồi xe lăn, hãy giữ nguyên ghế và bảo vệ đầu</li> <li>Loại bỏ những yếu tố nguy cơ; đặt sang một bên</li> <li>Sử dụng thuốc/phương pháp điều trị khẩn cấp nếu được yêu cầu theo kế hoạch</li> <li>Gọi nhân viên CPR/sơ cứu được chỉ định và gọi 911 nếu quá 5 phút hoặc đã dùng thuốc khẩn cấp</li> </ul>
---	--	---

**14) Quy định Xử lý Khẩn cấp trong Giờ học (bao gồm thuốc khẩn cấp và hàng ngày)**

Thuốc khẩn cấp	Thuốc điều trị	Liều lượng và Thời gian Sử dụng trong ngày	Tác dụng phụ Thường gặp và Hướng dẫn Đặc biệt

Học sinh có VNS (Thiết bị kích thích thần kinh phế vị) không? Nếu có, hãy mô tả việc sử dụng nam châm bên dưới:  
 CÓ       KHÔNG

**15) 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 <input type="text"/>	Ngày <input type="text"/>	Con dấu của Văn phòng Y tế (bắt buộc để xử lý)
Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế <input type="text"/>		