

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

أعد النموذج المكتمل إلى:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3387



لا تكتب في هذه المساحة

5367315987

العام الدراسي:

خطة الصحة المدرسية
الحالات التنفسية

يُرجى الكتابة بشكل واضح

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

رقم تعريف الطالب	(2) الاسم الأخير للطالب	(3) الاسم الأول للطالب	(4) تاريخ الولادة
المدرسة	(6) الصف		
اسم الوالد/الوصي ومعلومات الاتصال الخاصة به			
(7) الاسم	(8) رقم الهاتف	(9) عنوان المراسلة البريدية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي	
(10) الاتصال في حالة الطوارئ			
(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 لتبادل المعلومات مع موظفي JCPS فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية. وعلاوة على ذلك فإنني أقر وأوافق بأنه عندما أسمح لطفلي بحضور رحلة ميدانية برعاية المدرسة، قد يتم أيضاً توفير هذه الأدوية و/ أو الخدمات الصحية من قبل متطوع مرخص له. يجب على الآباء ملاحظة أنه: يجب حفظ نموذج التفويض بوصفة طبية في ملف في المدرسة ليتم إعطاء الأدوية في المدرسة			
توقيع الوالد/الوصي	رقم الهاتف	التاريخ	X

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

(12) التشخيص:	***الحساسية من اللاتكس:*** <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(13) الشفط باستخدام أنبوب فغر الرغامي/استبدال الأنبوب	نوع وحجم أنبوب فغر الرغامي: معدل تكرار الشفط (حدد إجابة وأكملها): كل ساعة _____ حسب الحاجة بناءً على العلامات والأعراض على النحو التالي <input type="checkbox"/> الاختناق <input type="checkbox"/> السعال المستمر <input type="checkbox"/> الغرغرة <input type="checkbox"/> بناء على طلب الطالب غير ذلك (يُرجى التحديد): _____ في حالة خلع أنبوب فغر الرغامي خلال اليوم الدراسي، هل يمكن لموظفي المدرسة المديرين استبداله؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
(14) جهاز التنفس الصناعي	شركة المعدات/رقم الهاتف: _____ نوع جهاز التنفس الصناعي: _____ إعدادات جهاز التنفس الصناعي: _____ هل يحتاج الطالب إلى جهاز التنفس الصناعي في المدرسة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا يحتاج الطالب إلى جهاز التنفس الصناعي: <input type="checkbox"/> بصفة مستمرة <input type="checkbox"/> أثناء القيلولة/النوم فقط <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ تعليمات محددة لجهاز التنفس الصناعي (مثل العلامات والأعراض التي يجب البحث عنها عند أخذ القيلولة/النوم، وما إلى ذلك): _____ تعليقات مقدم خدمة الرعاية الصحية الإضافية: _____

(15) تزويد الأكسجين	مزود الأكسجين/رقم الهاتف: _____ نوع الأكسجين: _____ نوع الأكسجين الأساسي الطبيعي للطالب هي _____ % يُرجى الإشارة إلى موعد وجوب فحص تشبع الأكسجين باستخدام مقياس التأكسج النبضي. (حدد كل ما ينطبق). إذا كان PRN يوفر إرشادات محددة: _____ <input type="checkbox"/> قبل/بعد علاجات التنفس <input type="checkbox"/> علامات الضائقة التنفسية <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد): _____
أوقات الاستخدام:	<input type="checkbox"/> مستمر <input type="checkbox"/> أثناء النوم/القيلولة <input type="checkbox"/> الضائقة التنفسية غير ذلك (يُرجى التحديد): _____

(16) مقياس النبض	لا يُوصى باستخدام مقياس التأكسج النبضي إلا في حالة مراقبة تشبع الأكسجين لدى الطفل في المنزل بشكل روتيني. (يجب على الوالد/الوصي توفير المعدات اللازمة للاستخدام في المدرسة). نسبة تشبع الأكسجين الأساسي الطبيعي للطالب هي _____ % يُرجى الإشارة إلى موعد وجوب فحص تشبع الأكسجين باستخدام مقياس التأكسج النبضي. (حدد كل ما ينطبق). إذا كان PRN يوفر إرشادات محددة: _____ <input type="checkbox"/> قبل/بعد علاجات التنفس <input type="checkbox"/> علامات الضائقة التنفسية <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرجى التحديد): _____
------------------	---

(17) معلومات مقدم الرعاية الصحية	يجب توقيع النموذج من قبل مقدم الرعاية الصحية والوالد/الوصي
توقيع مقدم الرعاية الصحية	التاريخ
اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعاً	X
ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة)	