



Rudisha fomu iliyokamilishwa kwa:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
MPANGO WA AFYA YA SHULE
KUPUMUA

Mwaka wa
Shule:

USIANDIKE KATIKA SEHEMU HII

5367315987

Tafadhali chapisha kwa makini.

SEHEMU A Mzazi / Mlezi: Kamilisha Vitu 1 - 11

1) # ya Mwanafunzi ya Utambulisho	2) Jina la Mwisho la Mwanafunzi	3) Jina la Kwanza la Mwanafunzi	4) Tarehe ya Kuzaliwa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) Shule		6) Daraja	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Jinan a Habari ya Mawasiliano ya Mzazi/Mlezi

7) Jina	8) Nambari ya Simu	9) Anwani ya Kutuma Barua, Jiji, Nchi, Msimbo
<input type="text"/>	() -	<input type="text"/>
10) Nambari ya Dharura		
<input type="text"/>		() -

11) Dokezo kwa mzazi/mlezi: Kusahihi fomu hii kutawachilia Bodi ya Elimu ya Kaunti ya Jefferson na wafanyakazi wake kutokana na dhima ya aina yoyote unaoweza kutokana na hatua ya mpango huu. Fomu hii haitaondoa dhima ya shule au wafanyakazi wake kwa uzembe wao wenyewe. Pia, ninatoa idhini kwa mtoaji utunzaji wa afya kukamilisha na kusahihi fomu hii ili kubadilisha habari nawafanyakazi wa JCPS kuhusu hali hii ya afya. Ninathibitisha na kukubali wakati ninapoidhinisha mtoto wangu kuhudhuria safari ya uwanjani inayofadhiliwa na shule dawa hizi na / au huduma za afya pia zinaweza kutolewa na mjitolea mwenye leseni.

Wazazi tafadhali kumbuka: Fomu ya idhini ya maagizo lazima iwe kwenye faili shuleni kwa dawa zitakazopewa shuleni

Sahihi ya MZAZI / MLEZI	NAMBARI YA SIMU	TAREHE
<input checked="" type="checkbox"/>	() -	<input type="text"/>

SEHEMU B KUKAMILISHWA NA MTOAJI UTUNZAJI WA AFYA PEKE YAKE: Kamilisha Vitu 12 – 17

12) UCHAMBUZI: _____ ***MZIO WA MPIRA/WEPESI: NDIO LA

13) **KUFYONZA/KUBADILISHA UPASUAJI WA KOO**
Aina na kipimo cha mpira wa upasuaji koo: _____

Marudio ya Kufyonza (Chagua moja na ujaze):

<input type="checkbox"/> Kila masaa _____	<input type="checkbox"/> Undani wa kuweka katheta:
<input type="checkbox"/> Kama inavyohitajika kulingana na dalili na ishara kama ifuatavyo	<input type="checkbox"/> Kama inavyohitajika kulingana na dalili na ishara kama ifuatavyo
<input type="checkbox"/> Kunyongwa <input type="checkbox"/> Kukohoa kunachoendelea <input type="checkbox"/> Kuguguma <input type="checkbox"/> Inapoitishwa na mwanafunzi	<input type="checkbox"/> Inginge (Taja): _____
<input type="checkbox"/> Inginge (Taja): _____	

Maagizo ya Kufyonza: (Mzazi/Mlezi kutoa chumvi na katheta)

Kukienda kuwa mpira wa upasuaji wa koo utatolewa wakati wa siku ya shule, je, nesi aliyefunzwa anawza kuibadilisha? NDIO LA

14) **VUVIZI**
Kampuni ya Bidhaa/Nambari ya Simu: _____
Aina ya Vuvizi: _____
Mipangilio ya Vuvizi: _____
Je, mwanafunzi anahitaji vuvizi shuleni? NDIO LA
Mwanafunzi anahitaji vuvizi: Kuendelea Wakati wa Kulala Kidogo/Kulala Peke Yake Inginge: _____
Maagizo halisi kwa Vuvizi (yaani dalili & ishara za kuangalia wakati wa kulala kidogo/kulala, n.k): _____
Maoni ya Ziada ya Mtoaji Huduma ya Afya: _____

15) **KUONGEZEA OKSIJENI**
Muuzaji Oksijeni/Nambari ya Simu: _____
Lita kila Dakika: _____
 Mpira wa Mapua Barakoa Kaba la Upasuaji Koo

Nyakati za Kutumia:
 Kuendelea Wakati wa Kulala/Kulala Kidogo Matatizo ya Kupumu
 Inginge (Taja): _____

16) **OKSIMITA YA PIGO YA MOYO**
Matumizi ya oximita ya pigo la moyo inahimizwa tu ikiwa mtoto hupokea uchunguzi wa kujazwa oksijeni nyumbani. (Mzazi/Mlezi atoe bidhaa inayohitajika shuleni.)
MSINGI WA KAWAIDA wa mwanafunzi wa kujazwa oksijeni ni % _____
Tafadhali onyesha wakati mwanafunzi anafaa kupata kujazwa na oksimita ya Mpigo wa moyo. (Chagu zote zinazofaa. Ikiwa PRN toa miongozo HALISI):

<input type="checkbox"/> Kabi/baada matibabu ya kupumua	<input type="checkbox"/> Ikiwa kujazwa ni chini ya % _____ Anzisha Oksijeni katika Lita _____ /Dakika
<input type="checkbox"/> Dalili za matatizo ya kupumua	<input type="checkbox"/> Ikiwa kujazwa ni kati ya % _____ & % _____ pigia mzazi.
<input type="checkbox"/> Inginge (Taja): _____	<input type="checkbox"/> Ikiwa ujazwa ni chini ya % _____ PIGIA EMS (911)

17) **Habari ya Mtoaji Huduma ya Afya** Ni lazima fomu isahihiwe na Mtoaji Huduma ya Afya na mzazi/mlezi

Sahihi ya Mtoaji Huduma ya Afya	Tarehe	Stempu ya Afisi ya Matibabu (inahitajika kwa usindikaji)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jina la Kuchapishwa la Mtoaji Huduma ya Afya		
<input type="text"/>		