



**పూర్తి చేసిన పత్రాన్ని ఇక్కడ ఇవ్వండి:**  
 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**

**పాఠశాల ఆరోగ్య ప్రణాళిక**

**శ్యాకృతియకు సంబంధించిన**

**\*\*\*దయచేసి చక్కగా ప్రింట్ చేయండి.\*\*\***

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు

5367315987

**భాగం A తల్లితండ్రు / సంరక్షకుడు: అంశాలు 1 - 11 పూర్తి చేయండి**

1) విద్యార్థి ఐడీ #	2) విద్యార్థి చివరి పేరు	3) విద్యార్థి మొదటి పేరు	4) పుట్టిన తేదీ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) పాఠశాల	6) గ్రేడ్		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని పేరు & సంప్రదింపవలసిన సమాచారం**

7) పేరు	8) ఫోన్ నంబర్	9) మెయిలింగ్ చిరునామా, పట్టణం, రాష్ట్రం, జిప్
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం	<input type="text"/>	

11) తల్లితండ్రు/సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కోంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యాచరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండి విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయాల నుండి విడుదల చేయదు. ఇంకా, ఈ ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధించి JCPS సిబ్బందితో సమాచారం వినిమయం చేయడానికి ఈ పత్రం పూర్తి చేయడానికి మరియు సంతకం చేయడానికి నేను ఆరోగ్య సంరక్షణని అందచేసే వారికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. పాఠశాల స్నాక్స్ చేసిన కేత్ర పర్యటనకు నా బిడ్డ హాజరవడానికి అధికారం ఇచ్చినప్పుడు ఈ మండులు మరియు / లేదా ఆరోగ్య సేవలను లైసెన్స్ పొందిన వలంటీర్ల కుడా అందించవచ్చని నేను గుర్తించి, అంగీకరించాను.

**తల్లితండ్రులు దయచేసి గమనించండి: పాఠశాలలో ఇవ్వవలసిన మండులు కోసం పాఠశాలలో ప్రెస్క్రిప్షన్ ధృవీకరణ పత్రం తప్పనిసరిగా రికార్డ్ లో ఉండాలి**

తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని సంతకం	తల్లితండ్రు నంబర్	తేదీ
<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12 - 17 పూర్తి చేయండి**

12) వ్యాధి నిర్ధారణ: \_\_\_\_\_ **\*\*\*లేటెక్స్ అలెర్జీ/సంవేదనశీలత:  అవును  కాదు**

13) **ట్రాకియోస్టోమి సక్షనింగ్ / మార్పడం**

ట్రాకియోస్టోమి ట్యూబ్ యొక్క రకం మరియు సైజు: \_\_\_\_\_

సక్షనింగ్ తరచుదనం (ఒకటి తనిఖీ చేయండి మరియు భర్తీ చేయండి):

<input type="checkbox"/> ప్రతి _____ గంటలకు <input type="checkbox"/> ఈ క్రింది చిహ్నాలు మరియు లక్షణాలు ఆధారంగా అవసరమైన విధంగా <input type="checkbox"/> గొంతుకు అడ్డుపడటం <input type="checkbox"/> నిరంతరంగా దగ్గు <input type="checkbox"/> పుక్కిలింపడం <input type="checkbox"/> విద్యార్థి అభ్యర్థన మేరకు <input type="checkbox"/> ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): _____	<b>సక్షనింగ్ ఆదేశాలు: ( నిల్వైస్ మరియు కథిటర్ల సరఫరా చేయడానికి తల్లితండ్రు/సంరక్షకుడు)</b> <input type="checkbox"/> కథిటర్ అమర్చడానికి లోతు: <input type="checkbox"/> ఈ క్రింది చిహ్నాలు మరియు లక్షణాలు ఆధారంగా అవసరమైన విధంగా <input type="checkbox"/> ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): _____
--	--

ట్రాకియోస్టోమి ట్యూబ్ పాఠశాల రోజుల్లో తొలగిపోయినట్లయితే, శిక్షణ పొందిన పాఠశాల సిబ్బంది దానిని మారుస్తారా?  అవును  కాదు

14) **వెంటిలేటర్**

సామగ్రి కంపెనీ/ఫోన్ నంబర్: \_\_\_\_\_

వెంటిలేటర్ రకం: \_\_\_\_\_

వెంటిలేటర్ సెట్టింగ్స్: \_\_\_\_\_

విద్యార్థికి పాఠశాలలో వెంటిలేటర్ కావాలా?  అవును  కాదు

విద్యార్థికి వెంటిలేటర్ కావాలి:  నిరంతరంగా  కునుకు తీసున్నప్పుడు / నిద్రపోతున్నప్పుడు మాత్రమే  ఇతరాలు: \_\_\_\_\_

వెంటిలేటర్ కోసం నిర్దేశిత సూచనలు (అనగా కునుకు తీసుటప్పుడు/నిద్రపోయే సమయంలో లక్షణాలు & చిహ్నాలు): \_\_\_\_\_

అదనపు ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వ్యక్తి యొక్క వ్యాఖ్యానాలు: \_\_\_\_\_

15) **ఆక్సిజన్ భర్తీ**

ఆక్సిజన్ వెండర్/ఫోన్ నంబర్: \_\_\_\_\_

ప్రతి నిమిషానికి లైటర్స్: \_\_\_\_\_

నాజల్ కన్నులా  మాస్క్  ట్రాకియోస్టోమి కాలర్

**ఉపయోగించడానికి సమయాలు:**

నిరంతరంగా  నిద్రపోయే సమయంలో/కునుకు తీసుటప్పుడు  శ్యాసకోస ఇబ్బంది

ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): \_\_\_\_\_

16) **పల్స్ ఆక్సిమీటర్**

ఇంట్లో ఆక్సిజన్ శాత్యరేషన్ మానిటరింగ్ ని దైనందిన వారీగా అందుకున్నట్లయితే పల్స్ ఆక్సిమీటర్ ని వినియోగించడం ప్రోత్సహించబడాలి. (పాఠశాలలో వినియోగించడానికి అవసరమైన సామగ్రిని కేటాయించడానికి తల్లితండ్రు/సంరక్షకుడు.)

విద్యార్థి యొక్క సాధారణ టేస్ లైన్ ఆక్సిజన్ శాత్యరేషన్ \_\_\_\_\_%

పల్స్ ఆక్సిమీటర్ తో విద్యార్థికి ఆక్సిజన్ శాత్యరేషన్ ని తనిఖీ చేసినప్పుడు దయచేసి సూచించండి. (వర్తించేవన్నీ తనిఖీ చేయండి. PRN నిర్దేశిత మార్గదర్శకాల్ని కేటాయిస్తే):

శ్యాకృతియ చికిత్సలు తీసుకోవడానికి ముందు/తరువాత

శ్యాకృతియ ఇబ్బంది యొక్క చిహ్నాలు

ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): \_\_\_\_\_

శ్యాకృతియ \_\_\_\_\_% కంటే తక్కువగా ఉంటే ఆక్సిజన్ ని \_\_\_\_\_ లీటర్లు/నిమిషానికి ప్రారంభించాలి.

శ్యాకృతియ \_\_\_\_\_% & \_\_\_\_\_% మధ్య ఉంటే తల్లితండ్రుని కాల్ చేయండి.

శ్యాకృతియ \_\_\_\_\_% కంటే తక్కువగా ఉంటే EMS కి కాల్ చేయండి (911)

17) **ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సమాచారం** పత్రాన్ని తప్పనిసరిగా ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మరియు తల్లితండ్రు/సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి.

ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సంతకం	తేదీ	వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రతీయ చేయడానికి కావాలి)
<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="text"/>	<input type="text"/>	
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు		
<input type="text"/>		