



**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  
 మూర్చలు**

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవద్దు  
 3156559666

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

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

1) విద్యార్థి ఐడి #	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 & సంప్రదించవలసిన 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 కార్యదరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండైనా విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయం నుండి విడుదల చేయదు. ఇంకా, ఈ ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధించి JCPS సిబ్బందితో సమాచారం వినిమయం చేయడానికి ఈ పత్రం పూర్తి చేయడానికి మరియు సంతకం చేయడానికి నేను ఆరోగ్య సంరక్షణ అందచేసే వారికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. పాఠశాల స్నాక్స్ చేసిన కేత్ర పర్యటనకు నా బిడ్డ హాజరవడానికి అధికారం ఇచ్చినప్పుడు ఈ మందులు మరియు / లేదా ఆరోగ్య సేవలను లైసెన్స్ పొందిన వలంటీర్ కూడా అందించవచ్చని నేను గుర్తించి, అంగీకరించాను.

**తల్లితండ్రులు దయచేసి గమనించండి: పాఠశాలలో ఇవ్వవలసిన మందులు కోసం పాఠశాలలో ప్రీస్క్రిప్షన్ ధృవీకరణ పత్రం తప్పనిసరిగా రికార్డ్ లో ఉండాలి**

తల్లితండ్రు / సంరక్షకుని సంతకం  తల్లిఫోన్ నంబర్  తేదీ

**భాగం B ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12 - 15 పూర్తి చేయండి**

12) **మూర్చలు సమాచారం**

మూర్చ రకం	నిడివి	తరచుదనం	వర్ణన
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

మూర్చ ప్రేరేపణలు / హెచ్చరిక చిహ్నాలు:  మూర్చ తరువాత విద్యార్థి ప్రతిస్పందన:

13) **ప్రాథమిక ప్రథమ చికిత్స: సంరక్షణ & సౌకర్యం**      **మూర్చ సాధారణంగా ఈ క్రింది పరిస్థితిలో అత్యవసరంగా పరిగణించబడుతుంది:**      **అత్యవసర నియమాలు:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>ప్రశాంతంగా ఉండండి &amp; సమయాన్ని అనుసరించండి</li> <li>విద్యార్థిని సురక్షితంగా ఉంచండి (తలని కాపాడండి, వాయుమార్గాన్ని తెరిచి ఉంచండి / శ్వాసక్రియని గమనించండి, ప్రక్కకి త్రొక్కుండి)</li> <li>ఏదైనా నిరోధించవద్దు లేదా నేటిలో పెట్టవద్దు</li> <li>పూర్తిగా స్వహలోకి వచ్చేంత వరకు విద్యార్థి కో ఉండండి</li> <li>పత్రం మూర్చల ఫలితాలు</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>కన్వల్సివ్ (టోనిక్ - క్లోనిక్) సీజర్ 5 నిమిషాలు కంటే ఎక్కువసేపు ఉంటుంది</li> <li>స్వహలోకి రాకుండానే విద్యార్థికి మూర్చలు పునరావృతమయ్యాయి</li> <li>విద్యార్థి గాయపడ్డాడు లేదా విద్యార్థికి డయాబిటీస్ ఉంది</li> <li>విద్యార్థికి మొదటిసారి మూర్చ వచ్చింది</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>మూర్చ సమయం</li> <li>నిటారుగా ఉంటే విద్యార్థిని నేలకు చేయిం, వీల్ ఛైర్ అయితే విద్యార్థికి సౌలభ్యం కలిగించండి, కుర్చీని సురక్షితంగా ఉంచండి &amp; తలని కాపాడండి</li> <li>ప్రమాదకరమైనవి తొలగించండి. ఒక వైపు ఉంచండి</li> <li>ప్రణాళిక ఆధారంగా ఆర్డర్ చేసినట్లయితే అత్యవసర చికిత్సలు/ మందులు ఉపయోగించండి</li> <li>నియమించబడిన ప్రథమ చికిత్స / CPR సిబ్బందిని కాల్ చేయండి మరియు 5 నిమిషాలకు పైబడితే లేదా అత్యవసర మందులు ఉపయోగించితే 911కి కాల్ చేయండి</li> </ul>
---	---	--

14) **పాఠశాల వేళల్లో చికిత్సా నియమాలు (రోజువారీ మరియు అత్యవసర మందులతో సహా)**

ER మెడ్.	మందులు	మోతాదు & రోజులో ఇచ్చిన సమయం	సాధారణ దుస్తులు & ప్రత్యేకమైన సూచనలు
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

విద్యార్థికి VNS ఉన్నాడా (వాగస్ నెర్వ్ స్టిమ్యులేటర్)? అవును అయితే, ఈ క్రింద అయస్కాంత వాడకాన్ని వర్ణించండి.  
 అవును       కాదు

15) **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 (ప్రక్రియ చేయడానికి కావాలి)
<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు	<input type="text"/>	