

Bản dịch này chỉ nhằm mục đích tham khảo. Hãy hoàn thành và gửi lại bằng tiếng Anh.



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) 485-3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL
CHƯƠNG TRÌNH Y TẾ HỌC ĐƯỜNG
TIỂU ĐƯỜNG

Năm học:

KHÔNG VIẾT TRONG KHU VỰC NÀY

1719111214

Hãy viết in hoa rõ ràng.

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

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PHẦN B **CHỈ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI NHÀ CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ: Hoàn thành Mục 12 – 19**

12) Chẩn đoán tiểu đường Typ 1 Typ 2

13) Sử dụng Insulin

* Loại insulin Tác dụng nhanh (Humalog, Novolog, Aprida) Tác dụng chậm (Lantus/Basaglar, Levemir) Khác _____

* Hình thức sử dụng insulin Kim tiêm Bút tiêm Bơm tiêm Khác _____

14) Sử dụng CGM: CÓ KHÔNG

15) Đường huyết thấp dưới: 70/80 mg/dL

* Triệu chứng Đói Yếu nhược/Run tay chân/Tái nhợt Đau đầu Khó tập trung/Mơ màng Chóng mặt

Buồn nôn/Mất khẩu vị Nổi lấm Động kinh Nhạy cảm Phản ứng kém Nhìn mờ

Khác (Vui lòng nêu rõ): _____

16) Đường huyết cao trên: _____ mg/dL

* Triệu chứng Khát nhiều/Tiểu nhiều Mệt mỏi/Gà gât Da nóng/khô/mẩn ngứa Nhìn mờ

Đau bụng/Buồn nôn/Nôn Hơi thở có mùi hoa quả Đau cơ/Yếu cơ

Khác (Vui lòng nêu rõ): _____

17) MỨC ĐỘ ĐỘC LẬP: Độc lập Chỉ Giám sát Hỗ trợ

18) LIỀU LƯỢNG INSULIN:

* Mức đường huyết mục tiêu: _____ đến _____

CÔNG THỨC LIỀU CHÍNH XÁC:

Nếu BG > _____ mg/dL, sử dụng _____ đơn vị cho mỗi _____ mg/dL > _____ mg/dL

CÔNG THỨC BỔ SUNG KETONE

* Kiểm tra ketone khi đường huyết >200mg/dL x2 lần hoặc học sinh bị ốm, KHÔNG điều chỉnh ketone quá 4 giờ/lần)

Tăng insuline như sau: NHỎ = _____ đơn vị, TRUNG BÌNH = _____, LỚN = _____

LIỀU CARBOHYDRATE: Trước bữa ăn Sau bữa ăn

Bữa sáng	1 Đơn vị/ _____ gram Carb
Bữa phụ buổi sáng	1 Đơn vị/ _____ gram Carb
Bữa trưa	1 Đơn vị/ _____ gram Carb
Bữa phụ buổi chiều	1 Đơn vị/ _____ gram Carb
PE/Hoạt động	1 Đơn vị/ _____ gram Carb
Hủy bỏ	1 Đơn vị/ _____ gram Carb
Khác/Nếu cần	1 Đơn vị/ _____ gram Carb

* Làm tròn đến: Đơn vị NGUYÊN Đơn vị NỬA SỐ NGUYÊN

* Điều chỉnh cho Đường huyết cao nếu >3 giờ kể từ Bolus (truyền nhanh) lần cuối

19) 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

Ngày

Con dấu của Văn phòng Y tế (bắt buộc để xử lý)

Tên viết in của Nhà cung cấp Dịch vụ Y tế