

የቨርጂኒያ ኮሙንዌልዝ
የትምህርት ቤት መግቢያ የጤና ቅጽ
የጤና መረጃ ቅጽ/አጠቃላይ የአካል ምርመራ ሪፖርት/የክትባት ማረጋገጫ

ክፍል I - የጤና መረጃ ቅጽ

የሱቴት ህግ (ማግቀሻ የቨርጂኒያ ህግ § 22.1-270) ልጅዎ ክትባት እንዲሰጥና የህዝብ መዋለ ህጻናት ወይም አንደኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ከመግባቱ በፊት አጠቃላይ አካላዊ ምርመራ እንዲያደርግ ያስገድዳል። **ወላጅ ወይም አሳዳጊ የቅጹን ገጽ (ክፍል I) ይሞላሉ።** ሕክምና ሰጪው የቅጹን ክፍል II እና ክፍል III ይሞላሉ። ይህ ቅጽ ልጅዎ ወደ ትምህርት ቤት ከመግባቱ ከአንድ አመት በፊት መሞላት ይኖርበታል።

የትምህርት ቤት ስም: _____ የአሁን ክፍል: _____

የተማሪው ስም: _____ የመጨረሻ የመጀመሪያ የመሃል

የተማሪ የትውልድ ቀን: ____/____/____ ጾታ: _____ የትውልድ ሀገር ወይም ስቴት: _____ ዋና ቋንቋ: _____

የተማሪ አድራሻ _____ ከተማ _____ ስቴት _____ ዚፕ ኮድ _____

የወላጅ ወይም የህጋዊ አሳዳጊ አሳዳጊ ስም 1: _____ ስልክ: - - የስራ ወይን ተንቀሳቃሽ: _____ - _____

የወላጅ ወይም የህጋዊ አሳዳጊ አሳዳጊ ስም 2: _____ ስልክ: - - የስራ ወይን ተንቀሳቃሽ: _____ - _____

የአደጋ ጊዜ ተጠሪ: _____ ስልክ: - - የስራ ወይን ተንቀሳቃሽ: _____ - _____

የሆስፒታል ምርመራ: _____

የሕፃናት ጤና መድን: የለም FAMIS ልብ ምት (ማይክሌይ) FAMIS በግል/ንግድ/ አሰሪ ስፖንሰር ተደርጓል

ሳጥን 1. ቅድመ-ነገር ሁኔታዎች

| ህመም | አዎ | አስተያየቶች | ህመም | አዎ | አስተያየቶች |
|-----------------------------------|----|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| አለርጂዎች (ምግብ፣ ነፍሳት፣ መድሃኒቶች፣ ላቲክስ) | | | ስኳር በሽታ: አይነት 1 | | |
| እባክዎ ለሕይወት አስጊ የሆኑ አለርጂዎችን ይዘርዝሩ: | | | ስኳር በሽታ: አይነት 2 | | |
| | | | የኢንሱሊን ጋምፕ | | |
| አለርጂ (ወቅታዊ) | | | የጭንቀላት መንግስት: መንቀጥቀጥ | | |
| አስም ወይም የመተንፈስ ችግር | | | የመስማት ችግር ወይም የማዳመጥ ችግር | | |
| የትኩረት-ጉድለት/የክፍተኛ እንቅስቃሴ መታወክ | | | የልብ ችግሮች | | |
| ስነምግባር/ስነ አእምሮ/ ማህበራዊ ሁኔታዎች | | | በእርሳስ መመረዝ | | |
| የእድገት ችግሮች | | | የጡንቻ ችግሮች | | |
| የደም መፍሰስ ችግሮች | | | የሚጥል ሕመም | | |
| የአንጀት ችግሮች | | | የማጭድ ሴል ሕመም (በሀሪ ሳይሆን) | | |
| የሰውነት መዛል | | | የንግግር ችግሮች | | |
| የመተንፈሻ ሆድ እቃ ህመሞች | | <input type="checkbox"/> | የአክሮብ ጉዳት | | |
| የጥርስ ጤና ችግሮች | | <input type="checkbox"/> | ቀዶ ጥገና <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | የማየት ችግሮች | | |

ሰለልጅም ማንኛውንም ሌላ ጠቃሚ ከጤና ጋር የተያያዙ መረጃዎችን ይግለጹ (የመመገቢያ ተቦ: ትራክ: የአካላዊ ድጋፍ: የማዳመጫ መርጃዎች የጥርስ መጠገን: ተሽከርካሪ ወንበር: ሆስፒታል መተኛት: ወዘተ)

ሳጥን 2. መድሃኒቶች

ልጅዎ በመደበኛነት የሚወስዳቸውን የሐኪም ማዘዣ፣ ድንገተኛ፣ ያለሆኑ ማዘዣና ከአጽዋት የተቀመጡ መድሃኒቶችን ሁሉ ይዘርዝሩ (ቤት/ትምህርት ቤት):

| የመድሃኒት ስም | የሚወሰድ መጠን | የሚሰጥበት ሰለት (ቤት/ትምህርት ቤት) | ማሳሰቢያ |
|-----------|-----------|--------------------------|-------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

ተጨማሪ መድሃኒቶች (ስም: መጠን: ጊዜ: ማስታወሻዎች)

የሚጠቀሙ መረጃዎች ከትምህርት ቤቱ ነርስ ወይም ከሌሎች የትምህርት ቤት ባለስልጣናት ጋር ለመወያየት ከፈለጉ እዚህ ምልክት ያድርጉ አዎ አይ እባክዎ የሚከተለውን መረጃ ያቅርቡ:

| አይነት | ስም | ስልክ | የመጨረሻ ቀጠር ቀን |
|------------------------------------|----|-----|--------------|
| የሕጻናት ሐኪም / የመጀመሪያ ደረጃ እንክብካቤ አቅራቢ | | | |
| ልዩ ባለሙያ | | | |
| የጥርስ ሐኪም | | | |
| የጉዳይ ሰራተኛ (የሚመለከተው ከሆነ) | | | |

እኔ _____ (አደርጋለሁ) (አደርገን) የልጄን የሕክምና ሰጪና የተመደበበትን የሕክምና አቅራቢ በትምህርት ቤት ችግር ሲነሳት የልጄን የጤና ስጋቶች ለመወያየት እና ወይም ከዚህ ቅጽ ጋር በተያያዘ መረጃ ለማግኘት ፍቃድ አልሰጥም። ይህ ፈቃድ እከኩክ ወይም እከጠላለሁት ድረስ በስራ ላይ ይውላል። የልጄን ትምህርት ቤት በግንጋር ፈቃድ ለማግኘት ለማንኛውም ጊዜ እንዲክ ማድረግ ይችላሉ። ተከላኪዎ መሆኑን ላይ መረጃ በሚለቀቅበት ጊዜ የጠየቀው ሰነድ በልጅዎ ጤና ወይም የትምህርት መዘገብ ላይ ይተመገባል።

የወላጅ ወይም ህጋዊ አሳዳጊ ፊርማ: _____ ቀን: ____/____/____
 የአስተርጓሚው ፊርማ: _____ ቀን: ____/____/____

የሽርጂኒያ ኮሙንዌልዝ
የትምህርት ቤት መግቢያ የጤና ቅጽ
ክፍል II - የክትባት ማረጋገጫ

በHCP የተፈረመ የተለየ ቅጽ በመጠቀም የተማሪው የክትባት መዝገቦች መያዛቸውን ያረጋግጡ

ክፍል I

ለሚኖሩ ህመሞች ምዝገባና በልዩ ሁኔታ ለመታየት ክፍል II ን ይመልከቱ።

የሚፈለጉትን ክትባቶች በወር፣ ቀንና አመት ጨምሮ የክትባት ቀናትን የሚያሳይ በህኪም ወይም ተወካይ፣ በተመዘገበ ነርስ ወይም በጤና ክፍል ሀላፊ የተፈረመ ወይም ማህተም የተደረገበት የክትባት መዝገብ ቅጂው መዝገቡ ከዚህ ቅጽ ጋር እስካለ ድረስ እነዚህን ቀናት በዚህ ቅጽ ላይ ከመመዘገብ ይልቅ ተቀባይነት አለው። ቅጹ በህኪምና ሰጪው ወይም በጤና መምሪያው ባለስልጣን የተፈረመና የተጻፈ መሆን ይኖርበታል። አባክዎ የውጭ የክትባት መዝገቦችን በተመለከተ እርዳታ ለማግኘት የአካባቢዎን የጤና ክፍል ያነጋግሩ።

የተማሪ ስም: _____ የትውልድ ቀን: ____ / ____ / ____ ጾታ: _____

HCC (የግድ ያይደሉ): _____ ጎሳ: ስፓኒሽ ስፓኒሽ-ያልሆነ

| ክትባት | የተሰጡ የክትባት መጠኖችን የተሟሉ ቀናትን (ወር፣ ቀን፣ አመት) ይመዘግቡ | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ዲፍቴሪያ፣ ቴታነስ፣ ፐርቱሲስ ክትባት (DTP: DTaP) | | | | | |
| ዲፍቴሪያ፣ ቴታነስ (DT) ወይም Tdap ወይም Td ክትባት (ከ7 አመት እድሜ በኋላ የሚሰጥ) | | | | | |
| የቴቶስ ክትባት ማረጋገጫ | | | | | |
| የፖሊዮሚየላይትስ ክትባት (IPV: OPV) | | | | | |
| ሄሞፊሊስ ኢንፍሉዌንሻ አይነት ቢ ክትባት (Hib conjugate) | | | | | |
| የሮታቫይረስ ክትባት (RV) ሰድሜያቸው ከ < 8 ወር በታች ለሆኑ ሕጻናት ብቻ | | | | | |
| የሳንባ ምች ክትባት (PCV conjugate) እድሜያቸው ከ < 60 ወር በታች ለሆኑ ሕጻናት ብቻ | | | | | |
| የቫሪሴላ ክትባት | | | የቫሪሴላ በሽታ ወይም የሴሮሎጂካል የቫሪሴላ በሽታ የመከላከል ቀን: | | |
| ከፍኝ፣ ጀሮ ደግፍ፣ የጀርመን ከፍኝ ክትባት (MMR ክትባት) | | | | | |
| የከፍኝ ክትባት (ሩቢላ) | | | የከፍኝ በሽታ ክትባት ሴሮሎጂካል ማረጋገጫ: | | |
| የጀርመን ከፍኝ ክትባት | | | የጀርመን ከፍኝ ክትባት ሴሮሎጂካል ማረጋገጫ: | | |
| የጀሮ ደግፍ ክትባት | | | የጀሮ ደግፍ ክትባት ሴሮሎጂካል ማረጋገጫ: | | |
| የሄፕታይቲስ ቢ ክትባት (HBV) <input type="checkbox"/> ጥቅም ላይ የዋለው የመርክ የአዋቂዎች ቅመራ | | | | | |
| የሄፕታይቲስ ኤ ክትባት | | | | | |
| ማኒንጎኮካል ACWY ክትባት | | | | | |
| ማኒንጎኮካል ቢ ክትባት | | | | | |
| የሰው ፓፒሎማቫይረስ ክትባት (HPV) | | | | | |
| ኢንፍሉዌንሻ (ዓመታዊ) | | | | | |
| ሌላ | | | | | |
| ሌላ | | | | | |

የክትባት ማረጋገጫ

በትምህርት ቤት፣ በህጻናት ማቆያ ወይም በቅድመ ትምህርት ቤት ለመከታተል በትንሹ መሰፈርት መሰረት በስቴት የጤና ቦርድ የትምህርት ቤት ህጻናት የክትባት መመሪያዎች (ማጣቀሻ ክፍል III) ይህ ልጅ በበቂ ሁኔታ ወይም ለእድሜው አግባብ በሆነ ሁኔታ ክትባቱን የተሰጠው መሆኑን አረጋግጣለሁ።

የሕኪምና አቅራቢ ወይም የጤና ክፍሉ ባለስልጣን ፊርማ: _____ ቀን (ወር፣ ቀን፣ ዓመት): ____ / ____ / ____

ክፍል II
ሁኔታዊ ምዝገባና በልዩ ሁኔታ የሚያዝ

ፊርማና ቀንን ጨምሮ በልዩ ሁኔታ የሚያዝ ሕክምና ወይም ሁኔታዊ የምዝገባ ክፍልን እንደ አስፈላጊነቱ ያጠናቅቁ።
ይህ ክፍል ከክፍል I የጤና መረጃ ጋር መያያዝ ይኖርበታል (በወላጅ መሞላትና መፈረም አለበት።)

የተማሪው ስም: _____ የትውልድ ቀን: _____
የወላጅ ወይም ህጋዊ አሳዳጊ ስም: _____
የወላጅ ወይም ህጋዊ አሳዳጊ ስም: _____
ስልክ ቁጥር: _____

በልዩ ሁኔታ የሚያዝ ሕክምና: በቨርጂኒያ ህግ § 22.1-271.2፣ C (ii) ላይ እንደተገለጸው ከዚህ በታች የተጠቀሰው የክትባት(ቶች) አስተዳደር የዚህን ተማሪ ጤና የሚጎዳ መሆኑን አረጋግጣለሁ። ክትባት(ቶች) በተለይ የተከለከለ ነው ምክንያቱም (አባክዎ ይግለጹ):

DTP/DTaP/Tdap : [____]; DT/Td:[____]; OPV/IPV:[____]; Hib:[____]; PCV:[____]; RV:[____]; ኩፍኝ፣:[____];
ጆሮ ደግፍ:[____]; የጆሮመን ኩፍኝ:[____]; VAR:[_]; Men ACWY:[____]; Men B:[____]; Hep A:[____]; HBV:[____]
ይህ ተቃርኖ ዘላቂ ነው: [], ወይም ጊዜአዊ [] እና ክትባቱ እዝሚቀጥለው ጊዜ ድረስ ይከላከላል: ቀን (ወር፣ ቀን፣ ዓመት): _____

የሕክምና አቅራቢ ወይም የጤና ክፍሉ ባለስልጣን ፊርማ: _____ ቀን (ወር፣ ቀን፣ ዓመት): _____ / _____ / _____

ከህይወት ነጻ መሆን: ተማሪው ወይም የተማሪው ወላጅ/አሳዳጊ የክትባት ወኪሎች አስተዳደር ከተማሪው ሃይማኖታዊ ስርአቶች ወይም ተግባራት ጋር የሚጋጭ መሆኑን በመግለጽ ለትምህርት ቤቱ ህጋዊ ማረጋገጫ ካቀረቡ የቨርጂኒያ ህግ እንደ ልጅ ለትምህርት ቤት ክትትል የሚያስፈልጉ ክትባቶችን እንዳይወስዱ ይፈቅዳል። ማንኛውም ተማሪ ወይ ትምህርት ቤት የሚገቡ ተማሪዎች ይህንን የምስክር ወረቀት በሃይማኖት የተነሳ ነጻ የመደረገያ የምስክር ወረቀት (ቅጽ CRE-1) ላይ ማቅረብ ያለባቸው ሲሆን ይህም በማንኛውም የአካባቢ ጤና ክፍል፣ የትምህርት ቤት ክፍል የበላይ ተቆጣጣሪ ቢሮ ወይም የአካባቢ የማህበራዊ አገልግሎት ክፍል ሊገኝ ይችላል። ማጣቀሻ የቨርጂኒያ ህግ § 22.1-271.2, C (i).

ሁኔታዊ ምዝገባ: በቨርጂኒያ ህግ § 22.1-271.2፣ B ላይ እንደተገለጸው ይህ ልጅ በትምህርት ቤት ለመማር በስቴት የጤና ቦርድ ከሚጠይቀው እያንዳንዱ ክትባቶች ውስጥ ቢያንስ አንድ መጠን እንደወሰደና ይህ/ይቺ ልጅ በሚቀጥሉት 90 ቀናት ውስጥ ፍላጎቶቹን የማጠናቀቅ አቅድ እንዳለው አረጋግጣለሁ። የሚቀጥለው ክትባት በ _____ ነው።

የሕክምና አቅራቢ ወይም የጤና ክፍሉ ባለስልጣን ፊርማ: _____ ቀን (ወር፣ ቀን፣ ዓመት): _____ / _____ / _____

ክፍል III መስፈርቶች

ወደ ትምህርት ቤትና የህጻናት ጭቆና ለመግባት አክሲተኛ የክትባት መስፈርቶች፣ የክትባት ክፍል ድረ ገጽን በ <https://www.vdh.virginia.gov/immunization/requirements/> ላይ መልከቱ

ህጻናት የበሽታ መቆጣጠሪያ ማእከል (ሲ.ዲ.ሲ)፣ የክትባት ተግባራት አማካሪ ኮሚቴ (ACIP)፣ የአሜሪካ የህጻናት ህክምና አካዳሚ (AAP) እና የአሜሪካ የቤተሰብ ህኪሞች አካዳሚ (AAFP)፣ በሌላ መልኩ ACIP ምክርቶች (ማጣቀሻ ህግ ቨርጂኒያ § 32.1-46(a)) ባዘጋጁትና በታተመ የክትባት መርሃ ግብር መሰረት መከተብ ይኖርባቸዋል። (መስፈርቶች ሊለወጡ ይችላሉ።)

ክፍል III - አጠቃላይ የአካል ምርመራ ሪፖርት

ብቁ የሆነ ፈቃድ ያለው ሐኪም፣ ነርስ ባለሙያ ወይም የሐኪም ረዳት ክፍል III ን መሙላት አለበት። ፈተናው ወደ ኪንደርጋርተን ወይም አንደኛ ደረጃ ትምህርት ቤት ከመግባቱ ከአንድ አመት ባልበለጠ ጊዜ ውስጥ መከናወን ይኖርበታል። (ማጣቀሻው የቨርጂኒያ ህግ § 22.1-270)። ይህንን ቅጽ ለመሙላት መመሪያዎች በ www.vdh.virginia.gov/school-age-health-and-forms/school-health-forms-and-action-plans/ ላይ ይገኛሉ።

የተማሪው ስም: _____

የትውልድ ቀን: _____ ጾታ: ወ ሴ / _____

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---|---|---|----------|---------|---|---|---------|----|---|---|---|
| የጤና ግምገማ | የግምገማው ቀን: _____ / _____ / _____ ከብደት: _____ ፓውንድ ቁመት: _____ ሜትር _____ ኢንች የሰውነት ክፍደት ጠቋሚ (BMI): _____ BP _____ <input type="checkbox"/> እድሜ/ጾታ ተግባር ታሪክ ተጠናቋል <input type="checkbox"/> የሚጠበቀው መመሪያ ቀርቧል | Physical Examination | | | | | | | | | | | |
| | | 1 = በተለመደው ውስጥ 2 = መደበኛ ያልሆነ ግኝት 3 = ለግምገማ ወይም ለህክምና የተላከ | | | | | | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 |
| | | HENT | | | | ኒውሮሎጂካል | | | | ቆዳ | | | |
| | ሳንባዎች | | | | ሆድ | | | | ብልት | | | | |
| | ልብ | | | | የደም መርጋት | | | | ሽንት መሸኛ | | | | |

የሳንባ ነቀርሳ ማጣሪያ

የሚመለከተው ሳንባ ላይ ምልክት ያድርጉበት:

ለተቢ ኢንፎክሽን ምንም አይነት አደጋ አልታየም ከነቃ የተቢ በሽታ ጋር የሚጣጣሙ ምልክቶች የሉም ለተቢ ኢንፎክሽን ስጋት ወይም ምልክቶች ተለይተዋል

የተቢ ኢንፎክሽን ምርመራ TST IGRA ቀን: _____ TST ንባብ _____ mm TST/IGRA ውጤት: ኔጌቲቭ ፖዘቲቭ

ለተቢ ኢንፎክሽን ወይም ለተቢ ምልክቶች ምርመራው ፖዘቲቭ ከሆነ CXR ያስፈልጋል CXR ቀን: _____ መደበኛ መደበኛ ያልሆነ

አስቀድሞ ለማስጀመር የሚያስፈልጉ የ EPSDT ማጣሪያዎች - የተወሰኑ ውጤቶችን ቀን ያካትቱ:

የደም ሊድ: _____ Hct/Hgb _____

| | | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|--------------|------------|------------|------------|
| የእድገት ማጣሪያ | የተገመገመው ለ: | የግምገማው መንገድ: | በተለመደው ውስጥ | ስጋት ተለይቷል: | ለግምገማ ቀርቧል |
| | ስሜታዊ/ማህበራዊ | | | | |
| | ችግር ፈቺ ቋንቋ/ግንኙነት | | | | |
| | ጥሩ የምተር ችሎታዎች አጠቃላይ የምተር ችሎታዎች | | | | |

በ 20dB: በአድቫንስ ሳንባ ውስጥ አልፏል (P) ወይም ሪፈር ተደርጓል (R) ያመልክቱ
 ማጣሪያው በOAE (የኦቶአክቲቲቲ ልቀቶች): አልፏል ሪፈር ተደርጓል

| | | | |
|----|------|------|------|
| | 1000 | 2000 | 4000 |
| ግራ | | | |
| ቀኝ | | | |

ወደ ኢዲዮሎጂስት/ENT ተልኳል መመርመር አልተቻለም - ዳግም ማጣሪያ ያስፈልገዋል

ቋሚ የመስማት ችሎታ ማጣት ከዚህ ቀደም እንዳለ ታውቋል: ግራ ቀኝ

የመስማያ መርጃ ወይም ሌላ ኢጋዥ መሳሪያ

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|-----|---------|-------|--|-----|-----|--|
| የእድገት ማጣሪያ | <input type="checkbox"/> በማስተካከያ ሊኖሩት (አዎ ከሆነ ያረጋግጡ) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">ስቴሪዮቲሲስ <input type="checkbox"/> አልፏል <input type="checkbox"/> ወደቋል</td> <td><input type="checkbox"/> አልተመረመረም</td> </tr> <tr> <td>ርቀት</td> <td>ሁለቱም ግራ</td> <td>ቀኝ ግራ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20/</td> <td>20/</td> </tr> </table> | ስቴሪዮቲሲስ <input type="checkbox"/> አልፏል <input type="checkbox"/> ወደቋል | | <input type="checkbox"/> አልተመረመረም | ርቀት | ሁለቱም ግራ | ቀኝ ግራ | | 20/ | 20/ | የጤና ግምገማ <input type="checkbox"/> ችግሮች ተለይተው ታውቀዋል: ለህክምና ተልኳል <input type="checkbox"/> ችግር የለም: ለመከላከል ተልኳል <input type="checkbox"/> አልተላከም: የጥርስ ህክምናን ቀድሞውኑ አግኝቷል <input type="checkbox"/> ለማከናወን አልተቻለም |
| | ስቴሪዮቲሲስ <input type="checkbox"/> አልፏል <input type="checkbox"/> ወደቋል | | <input type="checkbox"/> አልተመረመረም | | | | | | | | |
| | ርቀት | ሁለቱም ግራ | ቀኝ ግራ | | | | | | | | |
| | 20/ | 20/ | | | | | | | | | |

አልፏል ለዓይን ሐኪም ቀርቧል መመርመር አልተቻለም - ዳግም ማጣሪያ ያስፈልገዋል

የግኝቶች ማጠቃለያ (አንዱ ላይ ምልክት ያድርጉ):

ደህና ልጅ: የትምህርት ቤት ፕሮግራም አንቅስቃሴዎችን የሚያሳስብ ምንም ቅድመ ሁኔታ የለም
 ለትምህርት ወይም ለአካል ብቃት እንቅስቃሴ አስፈላጊ የሆኑ ሁኔታዎች ተለይተዋል (ከዚህ በታች ያሉትን ሙሉ ክፍሎች እና/ወይም እዚህ ያብራሩ):

_____ አለርጂ: ምግብ: _____ ነፍሳት: _____ መድኃኒት: _____ ሌላ: _____

የአለርጂ ምላሽ አይነት: የሰውነት መረበሽ አካባቢያዊ ምላሽ ምላሽ ያስፈልጋል: የለም ኤፕንፍራን ራሱ-ሰር መርፌ ሌላ: _____

የግለሰብ የጤና እንክብካቤ እቅድ ያስፈልጋል (ለምሳሌ አስም: የስኳር በሽታ: የሚጥል በሽታ: ከባድ አለርጂ: ወዘተ)

የተገደበ እንቅስቃሴ ይግለጹ: _____

የእድገት ግምገማ IEP አለው ለተጨማሪ ግምገማ ያስፈልጋል: _____

ሕክምና: ልጁ ለአንድ የተወሰነ የጤና ችግር (ሮች) መድኃኒት ይወስዳል: _____ መድኃኒት መሰጠት እና/ወይም በትምህርት ቤት መገኘት አለበት:: _____

ልዩ አመጋገብ ካለ ይገለጹ: _____

ልዩ ፍላጎት ካለ ይገለጹ: _____

ሌሎች አስተያየቶች: _____

የጤና እንክብካቤ ባለሙያ የምስክር ወረቀት (በሚኒስትር ይጻፉ ወይም ማህተም ያድርጉ) በዚህ ሳንባ ላይ ምልክት በማድረግ: ሁሉም ከላይ የጡት መረጃዎች ትክክለኛ መሆናቸውን በአሌክትሮኒካዊ ፈርማ አረጋግጣለሁ (ከታች ባለው ፈርማ የቀን መስመሮች ላይ ስም ቀን ያስገቡ)

ስም: _____ ፊርማ/ቀን: _____

ልምድ/ክሊኒክ:

አድራሻ: _____

ስልክ: - -

ፋክስ: - - ኢሜል: _____

MCH213G ተከፋፈለ 10/2020