

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ - ДЕТСКИЕ ДОШКОЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ (ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ПЕРЕД ЗАЧИСЛЕНИЕМ)

ЧАСТЬ А – СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

_____, рожден/-на _____ обследуется с целью определения готовности к
(ИМЯ РЕБЕНКА) (ДАТА РОЖДЕНИЯ) поступлению в

Центр развития детей Колледжа Американ Ривер. Это детское дошкольное учреждение/школа предоставляет программу, которая
(НАЗВАНИЕ ДЕТСКОГО ДОШКОЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ/ШКОЛЫ)

длится с 7 : 30 утра/вечера до 4:00 утра/вечера, 5 дней в неделю.

Пожалуйста, предоставьте заключение о состоянии здоровья вышеупомянутого ребенка используя форму ниже. Настоящим я даю согласие на разглашение медицинской информации, содержащуюся в этом отчете, вышеупомянутому Детскому дошкольному учреждению.

(ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ, ОПЕКУНА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РЕБЕНКА)

(СЕГОДНЯШНЯЯ ДАТА)

ЧАСТЬ Б – ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧУЩИМ ВРАЧЕМ)

Проблемы со здоровьем, о которых вам следует знать:

Слух: _____ Аллергии на медикаменты: _____

Зрение: _____ Укусы насекомых: _____

Развитие: _____ Пища: _____

Язык/речь: _____ Астма: _____

Стоматология: _____

Другое (поведенческие проблемы включительно): _____

Комментарии/объяснения : _____

НАЗНАЧЕННЫЕ ЛЕКАРСТВА/СПЕЦИАЛЬНЫЙ РАСПОРЯДОК ДНЯ/ОГРАНИЧЕНИЯ ДЛЯ ЭТОГО РЕБЕНКА: _____

АНАМНЕЗ ВАКЦИНАЦИЙ: (Заполните или приложите Форму РМ-298 о прививках штата Калифорнии.)

ВАКЦИНА	ДАТА ПОЛУЧЕНИЯ КАЖДОЙ ДОЗЫ				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
ПОЛИОМИЕЛИТ (ОПВ или ИПВ)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
КДС/АКДС (ДИФТЕРИЯ, СТОЛБНЯК И [АЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ] КОКЛЮШ ИЛИ ТОЛЬКО СТОЛБНЯК И ДИФТЕРИЯ)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
КОРЬ/КРАСНУХА/ПАРОТИТ (MMR)	/ /	/ /			
(ТОЛЬКО ДЛЯ ДЕТСКОГО САДА) ВАКЦИНА ПРОТИВ ГЕМОФИЛЬНОЙ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ТИПА В ПАЛОЧКИ (НІВ MENINGITIS)	/ /	/ /	/ /	/ /	
ГЕПАТИТ В	/ /	/ /	/ /		
ВЕТРЯНАЯ ОСПА (ВЕТРЯНКА)	/ /	/ /			

ОБСЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА (перечень находится на обратной стороне)

Факторы риска отсутствуют; Кожная проба на туберкулез не требуются.

Факторы риска присутствуют; Кожная проба Манту на туберкулез проведена (если только предыдущая положительная проба не подтверждена документально).

___ Открытая форма туберкулеза отсутствует.

Я проверил/-а Я не проверил/-а вышеупомянутую информацию у родителя/опекуна.

Врач: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Дата осмотра: _____

Дата заполнения формы: _____

Подпись: _____

Врач Ассистент врача Практикующая медсестра

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ:

- * Наличие члена семьи или контактов с кем-либо, у кого подтвердился диагноз туберкулез или есть подозрение на диагноз.
- * Находятся в семьях иностранного происхождения и из стран с высоким показателем распространения заболевания (Азия, Африка, Центральная и Южная Америка).
- * Проживает вне семьи в детском учреждении.
- * Имеют или подозреваются в присутствии ВИЧ-инфекции.
- * Проживает со взрослым с ВИЧ-серопозитивностью.
- * Проживает со взрослым, который находился в заключении в течение последних пяти лет.
- * Проживает среди или часто контактирует с бездомными, сельскохозяйственными рабочими-мигрантами, личностями употребляющими уличные наркотики или жителями домов престарелых.
- * Имеют отклонения на рентгенограмме грудной клетки, указывающие на туберкулез.
- * Имеют клиническое проявление туберкулеза.

Проконсультируйтесь с Программой по контролю туберкулеза вашего местного Департамента здравоохранения касательно любых аспектов профилактики и лечения туберкулеза.