

## 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.