

ЗВІТ ЛІКАРЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я – ДИТЯЧІ ДОШКІЛЬНІ ЗАКЛАДИ (ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ ПЕРЕД ЗАРАХУВАННЯМ ДО ЗАКЛАДУ)

ЧАСТИНА А –ЗГОДА БАТЬКІВ (ЗАПОВНЮЄТЬСЯ БАТЬКАМИ)

_____, народжений/-а _____ розглядається на предмет готовності для
(ІМ'Я ТА ПРІЗВИЩЕ ДИТИНИ) (ДАТА НАРОДЖЕННЯ) зарахування до

_____. Цей дитячий дошкільний заклад/школа надає програму, яка триває
(НАЗВА ДЕТЯЧОГО ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ/ШКОЛИ)

з 7: 30 ранку до 16:00 вечора, 5 днів на тиждень.

Будь ласка, надайте звіт про стан здоров'я вищезазначеної дитини, використовуючи форму наведену нижче. Цим документом я надаю дозвіл вищезазначеному Дитячому дошкільному закладу на розголошення медичної інформації, що міститься у цьому звіті.

(ПІДПИС БАТЬКА/МАТЕРІ, ОПІКУНА АБО УПОВНОВАЖЕНОГО ПРЕДСТАВНИКА ДИТИНИ)

(СЬОГОДНІШНЯ ДАТА)

ЧАСТИНА Б – ЗВІТ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я (ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ)

Проблеми зі здоров'ям, про які вам потрібно знати:

Слух: _____ Алергії, зокрема на ліки: _____

Зір: _____ Укуси комах: _____

Розвиток: _____ Їжа: _____

Мова/мовлення: _____ Астма: _____

Стоматологія: _____

Інше (поведінкові проблеми включно): _____

Коментарі/пояснення: _____

ПРИЗНАЧЕНІ ЛІКИ/СПЕЦІАЛЬНИЙ РОЗПОРЯДОК ДНЯ/ОБМЕЖЕННЯ ДЛЯ ЦЬОЇ ДИТИНИ: _____

ІСТОРИЯ ІМУНІЗАЦІЇ: (Заповніть або додайте Картку імунізації штату Каліфорнія РМ-298.)

| ВАКЦИНА | ДАТА ОТРИМАННЯ КОЖНОЇ ДОЗИ | | | | |
|---|----------------------------|-----|-----|-----|-----|
| | 1-а | 2-а | 3-я | 4-а | 5-а |
| ПОЛІОМІЄЛІТ (ОПВ АБО ІПВ) | / / | / / | / / | / / | / / |
| КДС/АКДС (ДИФТЕРІЯ, ПРАВЕЦЬ І [АЦЕЛЮЛЯРНИЙ] КАШЛЮК АБО ТІЛЬКИ ПРАВЕЦЬ ТА ДИФТЕРІЯ) | / / | / / | / / | / / | / / |
| КІР/КРАСНУХА/ПАРОТИТ (MMR) | / / | / / | | | |
| (ТІЛЬКИ ДЛЯ ДИТЯЧОГО САДОЧКА) ВАКЦИНА ПРОТИ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЯ ТИПУ В ПАЛИЧКИ (НІВ MENINGITIS) | / / | / / | / / | / / | |
| ГЕПАТИТ В | / / | / / | / / | | |
| ВІТРЯНА ВІСПА (ВІТРЯНКА) | / / | / / | | | |

ОБСТЕЖЕННЯ З МЕТОЮ ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ (перелік знаходиться на зворотній стороні)

- Фактори ризику відсутні. Шкірна проба на туберкульоз не потрібна.
 - Фактори ризику присутні. Проведено шкірну пробу Манту на туберкульоз (якщо тільки не задокументована попередня позитивна шкірна проба).
- ___ Відкрита форма туберкульозу відсутня.

Я переглянув/-а Я не переглянув/-а наведену вище інформацію разом із батьком або матір'ю/опікуном.

Лікар: _____

Адреса: _____

Номер телефону: _____

Дата фізичного огляду: _____

Дата заповнення цієї форми: _____

Підпис: _____

Лікар Асистент лікаря Медсестра/мед брат-практикант

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ДІТЕЙ:

- * Наявність члена сім'ї або контакт із людиною, у якої підтверджений діагноз або є підозра на туберкульоз.
- * Знаходяться в сім'ї іноземного походження та з країн із високим рівнем поширеності захворювання (Азія, Африка, Центральна та Південна Америка).
- * Проживають поза родини в дитячих закладах.
- * Мають або є підозра що мають ВІЛ-інфекцію.
- * Проживають з ВІЛ-серопозитивною дорослою людиною.
- * Проживають з дорослим, який перебував у місцях позбавлений волі протягом останніх п'яти років.
- * Проживають серед осіб або часто контактують з особами без постійного місця проживання, сезонними працівниками ферм, особами що споживають вуличні наркотики або мешканцями будинків престарілих.
- * Мають аномалії на рентгенограмі грудної клітки, що вказують на туберкульоз.
- * Мають клінічні ознаки туберкульозу.

Проконсультуйтеся з Програмою контролю туберкульозу вашого місцевого Департаменту охорони здоров'я щодо будь-яких аспектів профілактики та лікування туберкульозу.