

ይህን ቅጽ ይጠቀሙ የልጅዎ አካላዊ ጤናን ለትምህርት ቤታቸው/የልጅ እንክብካቤ ተቋማቸው ሪፖርት ለማድረግ። ይህ በዲ.ሲ. አፊሴላዊ ኮድ §38-602 የሚጠየቅ ነው። ፈቃድ ያለው የህክምና ባለሙያ ክፍል 2 - 4 እንዲሞላ ያድርጉ። የጤና መድን ፕሮግራሞችን በ dchealthlink.com ያግኙ። በልጅዎ ትምህርት ቤት በዋና ቢሮ በኩል የጤና ቡድን ሰዎችን ሊያገኙ ይችላሉ።

ክፍል 1፡ የልጅ የግል መረጃ | በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ።

የልጅ የአያት ስም፡		የልጅ የመጀመሪያ ስም፡		የትውልድ ቀን፡-	
የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም፡			የተማሪው የክፍል ደረጃ፡-		ጾታ፡- <input type="checkbox"/> ወንድ <input type="checkbox"/> ሴት <input type="checkbox"/> ወንድም ሴትም ያልሆነ
የቤት አድራሻ፡-	Apt፡-	ከተማ፡	ስቴት፡	ZIP (ዚፕ)፡	
ብሄር፡- (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)፡- <input type="checkbox"/> ሂንዲክ/ላቲኖ <input type="checkbox"/> ሂንዲክ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ <input type="checkbox"/> ሌላ <input type="checkbox"/> የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ					
ዘር፡- (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ) <input type="checkbox"/> አሜሪካ ህንዳዊ/የአላሰካ ተወላጅ <input type="checkbox"/> እስያዊ <input type="checkbox"/> የሀዋይ ተወላጅ/ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ <input type="checkbox"/> ጥቁር/ አፍሪካ አሜሪካዊ <input type="checkbox"/> ነጭ <input type="checkbox"/> መልስ ላለመስጠት እመርጣለሁ					
ወላጅ/የአሳዳጊ ስም፡			የወላጅ/የአሳዳጊ ስልክ ቁጥር፡		
የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስም፡			የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስልክ ቁጥር፡		
የመድን ዓይነት፡ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> የግል <input type="checkbox"/> ምንም የለም			የመድን ስም/መታወቂያ ቁጥር #፡		
ባለፈው ዓመት ውስጥ ልጅ/ጅቷ የጥርስ ህክምና ሀኪም/የጥርስ ህክምና አቅራቢ ጋር ሄደዋል? <input type="checkbox"/> አዎ <input type="checkbox"/> አይ					

ፈራሚው የጤና መርማሪ/ተቋም በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን የጤና መረጃ ለልጅ ትምህርት ቤት፣ የልጅ እንክብካቤ፣ ካምፕ፣ ወይም ተገቢ የዲሲ መንግስት ኤጀንሲ እንዲያጋራ ፈቃድ እሰጣለሁ። በተጨማሪም፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሠራተኞቹ እና ኤጀንቶቹ በዲሲ ሕግ 17- 107 ስር ለድርጊቶች ወይም መታለፊያች ከህግ ተጠያቂነት ነጻ እንደሚሆኑ እነሆ እውቅና እሰጣለሁ እናም እስማማለሁ። የወንጀል ድርጊቶች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከፍተኛ ችልተኝነት፣ ወይም በፈቃድ የሚደረግ የሰነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ በየዓመቱ ተሞልቶ ወደ ልጅ ትምህርት ቤት መመለስ እንዳለበት እረዳለሁ።

ወላጅ/ሞግዚት ፊርማ፡ _____ ቀን፡- _____

ክፍል 2፡ የልጅ ጤና ታሪክ፣ ምርመራ፣ እና ምክረ-ሀሳቦች | ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የሚሞላ።

የጤና ምርመራ ቀን፡	BP: _____ <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	ክብደት፡ _____ <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	ቁመት፡ _____ <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	BMI፡ _____	BMI ፐርሰንታይል፡-
--------------	----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------	---------------

የእይታ ምርመራ ብቃት ደረጃ፡- ከ 3-6 አመት ለሆኑ ልጆች፡ (አልፏል/ወድቋል) ብቻ አስፈላጊ ነው።
6 አመት እና በላይ ለሆኑ ለዚህ ክፍል የእይታ ብቃት ደረጃ ያስፈልጋቸዋል።

የእይታ ማጣሪያ፡
የግራ ዓይን፡ 20/ _____
የቀኝ ዓይን፡ 20/ _____
ግራ፡- አልፏል ወድቋል ተስተካክሏል መነጻጽኝን ይልብሱ ሪፊር ተደርጓል አልተመረመረም
ቀኝ፡ አልፏል ወድቋል አልተመረመረም

የመስማት ምርመራ፡- (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ) አልፏል ወድቋል አልተመረመረም መሳሪያ ይጠቀማል
 ሪፊር ተደርጓል

ልጁ/ልጅኑ ከሚከተሉት የጤና ስጋቶች ማንኛውንም አለው/አላት? (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ እና ዝርዝሮችን ከታች ያቅርቡ)

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> አስም | <input type="checkbox"/> መቋቋም አለመቻል | <input type="checkbox"/> ሲክል ሴል |
| <input type="checkbox"/> ኦቲቲስ | <input type="checkbox"/> የልብ ድካም | <input type="checkbox"/> ድንገተኛ የህክምና እንክብካቤ ሊያስፈልጋቸው የሚችሉ ጉልህ የምግብ/የመድኃኒት/የአካባቢ አለርጂዎች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል። |
| <input type="checkbox"/> ባህሪያዊ | <input type="checkbox"/> የኩላሊት በሽታ | <input type="checkbox"/> የረጅም-ጊዜ መድኃኒቶች፣ ያለ-ሀኪም ትዕዛዝ የሚገዙ መድኃኒቶች (አቭር-ዜ-ካውንተር-ድራግስ (OTC)) ወይም የልዩ እንክብካቤ መስፈርቶች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል። |
| <input type="checkbox"/> ካንሰር | <input type="checkbox"/> የቋንቋ/ንግግር | <input type="checkbox"/> ጉልህ የጤና ታሪክ፣ ሁኔታ፣ ተላላፊ በሽታዎች፣ ወይም ውስንነቶች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል። |
| <input type="checkbox"/> ሴሬብራል ፐልሲ | <input type="checkbox"/> ከመጠን ያለፈ ውፍረት | <input type="checkbox"/> ሌላ፡- _____ |
| <input type="checkbox"/> የእድገት | <input type="checkbox"/> ስጦሊዮስስ | |
| <input type="checkbox"/> የስጋር በሽታ | <input type="checkbox"/> የሚጥል በሽታ | |

ዝርዝሮችን ያቅርቡ። ልጁ/ጅኑ Rx/ህክምና ካገኘ/ች፣ አባክዎ የተሟላ የመድኃኒት/የጤና ህክምና እቅድ ቅጽን ያያዙ፤ እና ልጁ/ጅኑ ሪፊር ተደርጎ/ጋ ከሆነ/ች፣ አባክዎ ማስታወሻ ይያዙ።

የTB ግምገማ | ፖዘቲቭ የሆነ TB ለግምገማ ወደ ተቀዳሚ የእንክብካቤ ሰጪ ሪፈር መደረግ አለበት። ለጥያቄዎች የ DC Health የጤና ቁጥጥርን በ 202-698-4040 ያግኙ። የሳንባ ነቀርሳ ላይ ለተጨማሪ መረጃ dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics ይጎብኙ።

ለ TB የልጁ/ልጅኑ የስጋት ደረጃ ምንድን ነው?	የቆዳ ምርመራ ቀን፡	IGRA የደም ምርመራ ቀን፡-
<input type="checkbox"/> ከፍተኛ > ሙሉ የቆዳ ምርመራ እና/ወይም IGRA የደም ምርመራ ያድርጉ <input type="checkbox"/> ዝቅተኛ	የቆዳ ምርመራ ውጤቶች፡ <input type="checkbox"/> ኔጌቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ CXR ኔጌቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ CXR ፖዘቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ የታከመ	IGRA ውጤቶች፡- <input type="checkbox"/> ኔጌቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ የታከመ

የ TB ምርመራ ላይ ተጨማሪ ማስታወሻዎች፡

የሊድ ተጋላጭነት ስጋት ማጣሪያ | ሁሉም የሊድ ደረጃዎች ለዲሲ የልጅነት ሊድ መመሪያ መከላከያ ሪፖርት መደረግ አለባቸው። በ 202 ይደውሉ ወይም በ 481-3837 ፋክስ ያድርጉ።

እድሜያቸው ከ6 ዓመት በታች ለሆነ ህጻናት ብቻ ሁሉም ህጻናት 2 ዓመት እድሜ ሲሞሉ 2 የሊድ ምርመራዎች ማድረግ አለባቸው	የ1ኛ ምርመራ ቀን፡	የ1ኛ ውጤት፡ <input type="checkbox"/> ጤናማ <input type="checkbox"/> ጤናማ ያልሆነ፣ የእድገት የምርመራ ቀን፡-	1ኛ የሴረም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ
	የ2ኛ ምርመራ ቀን፡	የ2ኛ ውጤት፡ <input type="checkbox"/> ጤናማ <input type="checkbox"/> ጤናማ ያልሆነ፣ የእድገት የምርመራ ቀን፡-	2ኛ የሴረም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ፡
	የ3ኛ ምርመራ ቀን፡	የ3ኛ ውጤት፡ <input type="checkbox"/> ጤናማ <input type="checkbox"/> ጤናማ ያልሆነ፣ የእድገት የምርመራ ቀን፡-	3ኛ የሴረም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ፡

ክፍል 3፡ የክትባት መረጃ | ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የሚሞላ።

የልጅ የአያት ስም፡	የልጅ የመጀመሪያ ስም፡					የትውልድ ቀን፡-	
ክትባቶች	ከታች ያለው ሳጥን ውስጥ፡ የክትባት ቀናትን (ወወ/ቀቀ/ዓዓ) ያቅርቡ						
ዲፍቴሪያ፣ ቴታነስ፣ ፔርቱስስ (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 ዓመታት)/ Td (>7 ዓመታት)	1	2	3	4	5		
የTdap ጨማሪ	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTaP-IPV-Hib	1	2	3				
DTaP-HepB-IPV	1	2	3				
DTaP-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
ሄሞፊሊስ ኢንፍሉዌንዛ ዓይነት b (Hib)	1	2	3	4			
ሄፓታይትስ B (HepB)	1	2	3	4			
ፖሊዮ (IPV፣ OPV)	1	2	3	4			
ሚዛልስ፣ ማምፕስ፣ ፋቤላ (MMR)	1	2					
ሚዛልስ	1	2					
ማምፕስ	1	2					
ፋቤላ	1	2					
ቫሪሴላ	1	2	ልጅ የደረ በሽታ (ቺኪን ፖክስ) ነበረው (ወር እና ዓመት)፡ የተረጋገጠው በ፡ _____ (ስም እና ማዕረግ)				
ኒሞኮካል ኮንጂጌት	1	2	3	4			
ሄፓታይትስ A (HepA) (በ 01/01/2005 ወይም በኋላ የተወለደ)	1	2					
ሁማን ፓፒሎማ ቫይረስ (HPV)	1	2	3				
ሜኒንጎኮካል ክትባት (ACWY)	1	2					
ኢንፍሉዌንዛ (የሚመከር)	1	2	3	4	5	6	7
ሮታቫይረስ (የሚመከር)	1	2	3				
COVID-19/ኮሮናቫይረስ (የሚመከር)	1	2	3	4	5	6	7
ሌላ	1	2	3	4	5	6	7

ልጄ/ጅቴ ለክትባት ወደ ኋላ ቀርቷል/ቀርታለች እና መልሶ ወደ ጊዜ ሰሌዳ እርሱን/እርሷን/እነርሱን ለመመለስ የተቀመጠ እቅድ አለ።
የሚቀጥለው ቀጠሮ፡ _____

የህክምና መታለፍ (የሚመለከተው ከሆነ)

ከላይ የተገለጸው/ች ልጅ በጊዜ ለሚከተሉት ክትባት ለመውሰድ ትክክለኛ የሆነ የህክምና የማይወስድበት/የማትወስድበት ሁኔታ(ዎች) እንዳለው/ለት አረጋግጣለሁ፡

- ዲፍቴሪያ □ ቴታነስ □ ፔርቱስስ □ Hib □ HepB □ ፖሊዮ (ሁሉም 3 አይነቶች) □ ሚዘልስ
□ ማምፕስ □ ፍቤላ □ ቫሪሴላ □ ኒሞኮካል □ HepA □ ሜኒንጎኮካል (Meningococcal) □ HPV
□ COVID-19/ ኮሮናቫይረስ

ይህ ክትባት ለመውሰድ ትክክለኛ የሆነ የህክምና የማይወስድበት/የማትወስድበት ሁኔታ ጊዜያዊ ነው? □ ዘላቂ □ ጊዜያዊ ነው እስከ፡ (ቀን)

በበሽታ ያለመያዝ አማራጭ ማረጋገጫ (የሚመለከተው ከሆነ)

ከላይ የተጠቀሰው/ች ልጅ በሚከተሉት ያለመያዝ የላቦራቶሪ ማስረጃ እንዳለው/ለት አረጋግጣለሁ እናም የምርመራ ውጤቶች ቅጂን አያይዣለሁ፡፡

- ዲፍቴሪያ □ ቴታነስ □ ፔርቱስስ □ Hib □ HepB □ ፖሊዮ (ሁሉም 3 አይነቶች) □ ሚዘልስ
□ ማምፕስ □ ፍቤላ □ ቫሪሴላ □ ኒሞኮካል □ HepA □ HPV

ክፍል 4፡ ፈቃድ ያለው የጤና ስራ የሚሰራ የምስክር ወረቀት | ፈቃድ ባለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የሚሞላ፡፡

ይህ ልጅ በትክክል ምርመራ ተደርጎለታል/ለታል እና የጤና ታሪክ ተገምግሞ በዚህ ቅጽ ላይ በተዘረዘሩ ይዘቶች መሰረት □ አይ □ አዎ ተመዝግቧል፡፡ በምርመራው ጊዜ፣ ይህ ልጅ በሁሉም የትምህርት ቤት፣ ካምፕ፣ ወይም የልጅ እንክብካቤ ተግባራት ውስጥ ለመሳተፍ አጥጋቢ የጤና ሁኔታ ላይ ነው ያለው/ያለችው፣ በገጽ አንድ የተገለጸው ከሆነ በስተቀር፡፡

ይህ ልጅ ለውድድር ስፖርቶች ተጣርቶ/ታ አልፏል/አልፋለች፡፡ □ NA □ አይ □ አዎ □ አዎ፣ ተይዞ ያለው ተጨማሪ የመልቀቂያ ቅጽ፡

ይህን ልጅ እንደመረመርኩ እና እዚህ ውስጥ የተመዘገበው መረጃ በምርመራው ውጤት ምክንያት የተወሰነ እንደሆነ እዚህ አረጋግጣለሁ፡፡

ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የቢሮ ማህተም የአቅራቢ ስም፡
የአቅራቢ ስልክ ቁጥር፡
የአቅራቢ ፊርማ፡
ቀን፡-

ለቢሮ ስራ ብቻ | ሁሉ-አቀፍ የጤና የምስክር ወረቀት በትምህርት ቤት ባለስልጣን እና የጤና ቡድን ሰራተኞች የሚቀበል ነው፡፡

የትምህርት ቤት ባለስልጣን ስም፡

ፊርማ፡- ቀን፡-

የጤና ቡድን ሰራተኛ ስም፡

ፊርማ፡- ቀን፡-