

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

ክፍል 1: የልጅ የግል መረጃ | በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ።

የልጅ የአያት ስም: የልጅ የመጀመሪያ ስም: የትውልድ ቀን: የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም: ጾታ: ወንድ ሴት ሁለትኛው ያልሆነ የቤት አድራሻ: አፓርታሜንት: ከተማ: ስቴት: ZIP (ዚፕ): ብሄር: (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ) ሂንድ/አፍሪካ ሂንድ/አፍሪካ-ያልሆነ/አፍሪካ ሌላ ሙስሊም ለሌሎች ይምረጡ ዘርፍ: (ሁሉም የሚመለከቱትን ይምረጡ) አሜሪካዊ ህንዳይ/የአላስካ ተወላጅ እስያዊ የሀዋይ ተወላጅ/የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ ጥቁር/አፍሪካ አሜሪካ ነጭ ሙስሊም ለሌሎች ይምረጡ የወላጅ/የሞግዚት ስም: ወላጅ/የአሳዳጊ ስልክ ቁጥር: የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስም: የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስልክ ቁጥር: የመድን ዓይነት: Medicaid የግል አንድም የመድን ስም/መታወቂያ ቁጥር #:

ባለፈው ዓመት ውስጥ ልጅ/ጅቷ የጥርስ ህክምና ሀኪም/የጥርስ ህክምና አቅራቢ ጋር ሄደዋል? አዎ አይ

ፈራሚው የጤና መርማሪ/ተቋም በዚህ ቅጽ ላይ ያለውን የጤና መረጃ ለልጄ ትምህርት ቤት፣ የልጅ እንክብካቤ፣ ካምፕ፣ ወይም ተገቢ የዲ.ሲ. መንግስት ኤጀንሲ እንዲያጋራ ፈቃድ እስጣለሁ። በተጨማሪም፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሠራተኞች እና ኤጀንቶች በዲ.ሲ. ሕግ 17-107 ስር ለድርጊቶች ወይም መታለፎች ከህግ ተጠያቂነት ነጻ እንደሚሆኑ እንሆን እውቅና እስጣለሁ እናም እስማማለሁ። የወንጀል ድርጊቶች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከፍተኛ ችግሮች፣ ወይም በፈቃድ የሚደረግ የስነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ በየዓመቱ ተሞልቶ ወደ ልጄ 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: NML ABNL ክብደት: L KG ቁመት: ውስጥ CM BMI: BMI ፕሮሰንታይል: የእይታ ማጣሪያ: የግራ ዓይን: 20/\_\_\_\_ የቀኝ ዓይን: 20/\_\_\_\_ ተስተካክሏል አልተስተካከለም መነጽሮችን ይልብሱ ሪፎር ተደርጓል አልተመረመረም የመስማት ችሎታ ማጣሪያ: (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ) አልፏል ወ ድ ቋል አልተመረመረም መሳሪያ ይጠቀማል ሪፎር ተደርጓል

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

- አስም መቁቁም አለመቻል ሲክል ሴል ድንገተኛ የህክምና እንክብካቤ ሊያስፈልጋቸው የሚችሉ ጉልህ የምግብ/የመድሃኒት/የአካባቢ አለርጂዎች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል። የረጅም-ጊዜ መድሃኒቶች፣ ያለ-ሀኪም ትዕዛዝ የሚገዙ መድሃኒቶች (አቮር-ዜ-ካውንተር-ድራግስ (OTC)) ወይም የልዩ እንክብካቤ መስፈርቶች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል። ጉልህ የጤና ታሪክ፣ ሁኔታ፣ ተላላፊ በሽታዎች፣ ወይም ውስንነቶች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል። ሌላ:

ዝርዝሮችን ያቅርቡ። ልጅ/ጅቷ Rx/ህክምና ካገኘ/ች፣ እባክዎ የተሟላ የመድሃኒት/የጤና ህክምና እቅድ ቅጽን ያያዙ፤ እና ልጅ/ጅቷ ሪፎር ተደርጎ/ጋ ከሆነ/ች፣ እባክዎ ማስታወሻ ይያዙ።

የጥቅም ግምገማ | ፖዘቲቭ የሆነ TST ለግምገማ ወደ ተቋማዊ የእንክብካቤ ሀኪም ሪፎር መደረግ አለበት። ለጥያቄዎች ለፒ.ቤ. ቁጥጥር በ 202-698-4040 ይደውሉ።

ለ ጥቅም ልጅ/ልጅቷ የስጋት ደረጃ ምንድን ነው? የቆዳ ምርመራ ቀን: የቆዳ ምርመራ ኔቴ-ቭ ፖዘቲቭ: CXR ኔግቲቭ ፖዘቲቭ: CXR ፖዘቲቭ ፖዘቲቭ: የታከመ

<input type="checkbox"/> ከፍተኛ የጥቅም ምርመራ እና/ወይም የኪንቲፌሮን ምርመራ ያድርጉ <input type="checkbox"/> ዝቅተኛ	<b>ውጤቶች፡</b> የኪንቲፌሮን ውጤቶች፡ <input type="checkbox"/> ኔጌቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ <input type="checkbox"/> ፖዘቲቭ፣ የታከመ
	<b>የ TB ምርመራ ላይ ተጨማሪ ማስታወሻዎች፡</b>

**የሊድ ተጋላጭነት ስጋት ማጣሪያ** | ሁሉም የሊድ ደረጃዎች ለዲ.ሲ. የልጅነት ሊድ መመሪያ መከላከያ ሪፖርት መደረግ አለባቸው። በ 202-654-6002 ይደውሉ ወይም በ 202-535-2607 ፋክስ ያድርጉ።

<b>እድሜያቸው ከ6 ዓመት በታች ለሆነ ህጻናት ብቻ</b> ሁሉም ህጻናት 2 ዓመት እድሜ ሲሞቱ 2 የሊድ ምርመራዎች ማድረግ አለባቸው	<b>የ1ኛ ምርመራ ቀን፡</b>	<b>የ1ኛ ውጤት፡</b> <input type="checkbox"/> ጤናማ <input type="checkbox"/> ጤናማ ያልሆነ፣ የእድገት ማጣሪያ ቀን፡	<b>1ኛ የሲሪም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ፡</b>
	<b>ኛ ምርመራ ቀን፡</b>	<b>የ2ኛ ውጤት፡</b> <input type="checkbox"/> ጤናማ <input type="checkbox"/> ጤናማ ያልሆነ፣ የእድገት ማጣሪያ ቀን፡	<b>2ኛ የሲሪም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ፡</b>

የHGB/HCT ምርመራ ቀን፡ \_\_\_\_\_ የHGB/HCT ውጤት፡ \_\_\_\_\_

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

የልጅ የአያት ስም፡	የልጅ የመጀመሪያ ስም፡							የትውልድ ቀን፡
ክትባቶች	ክትባት ያለው ሰጥን 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							
ሄሞፊሊስ ኢንፍሉዌንሻን ዓይነት b (Hib)	1	2	3	4				
ሄፓታይትስ B (HepB)	1	2	3	4				
ፖሊዮ (IPV፣ OPV)	1	2	3	4				
ሚዝልስ፣ ማምፕስ፣ ፋቤላ (MMR)	1	2						
ሚዝልስ	1	2						
ማምፕስ	1	2						
ፋቤላ	1	2						
ሻሪሴላ	1	2	ልጅ የዶሮ በሽታ (ቺኪን ፖዘት) ነበረው (ወር እና ዓመት)፡ የተረጋገጠው በ፡- _____ (ስም እና ርዕስ)					
ኒሞኮካል ኮንጂጌት	1	2	3	4				
ሄፓታይትስ A (HepA) (በ 01/01/2005 ወይም በኋላ የተወለደ)	1	2						
ሜኒንጎኮካል ክትባት	1	2						
ሁማን ፓፒሎማ ቫይረስ (HPV)	1	2	3					
ኢንፍሉዌንሻን (የሚመከር)	1	2	3	4	5	6	7	
ሮታቫይረስ (የሚመከር)	1	2	3					
ኮሮናቫይረስ (COVID)	1	2	3	4	5	6	7	
ሌላ	1	2	3	4	5	6	7	

ልጁ/ጅቷ ለክትባት ወደ ኋላ ቀርቷል/ቀርታለች እና መልሶ ወደ ጊዜ ሰሌዳ የሚመለሰቸው 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/ላት አረጋግጣለሁ፡

ዲፍቴሪያ  ቴታነስ  ፔርቱስስ  Hib  HepB  ፖሊዮ  ሚዝልስ  
 ማምፕስ  ፋቤላ  ሻሪሴላ  ኒሞኮካል  HepA  ሜኒንጎኮካል  HPV  
 COVID-19/ኮሮናቫይረስ

ይህ ክትባት ለመውሰድ ትክክለኛ የሆነ የህክምና ማዕዘን ያላቸው ሰዎች ለማድረግ ይህን ፎርም ይሙሉ።  ዘላቂ  ጊዜያዊ ነው እስከ፡ \_\_\_\_\_ (ቀን)

የህክምና ሙያዎ ስም፡ \_\_\_\_\_

በበሽታ ያለመያዝ አማራጭ ማረጋገጫ (የሚመለከተው ከሆነ)

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

ዲፍቴሪያ  ቴታነስ  ፔርቱስስ  Hib  HepB  ፖሊ  ሚዛልስ  
 ማምፕስ  ሩቤላ  ቫሪሴላ  ኒሞኮካል  HepA  ሜዚንጎኮካ  HPV

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

ይህ ልጅ በትክክል ምርመራ ተደርጎለታል/ላታል እና የጤና ታሪክ ተገምግሞ በዚህ ቅጽ ላይ በተዘረዘሩ ይዘቶች መሰረት ተመዝግቧል። በምርመራው ላይ  አይ  አዎ

ይህ ልጅ በሁሉም የትምህርት ቤት፣ ከምጥ፣ ወይም የልጅ እንክብካቤ ተግባራት ውስጥ ለመሳተፍ አጥጋቢ የጤና ሁኔታ ላይ ነው

**ያለው/ያላቸው፡** በገጽ አንድ የተገለጸው ከሆነ በስተቀር።

ይህ ልጅ ለውድድር ስፖርቶች ተጣርቶ/ታ  N/A  አይ  አዎ  አዎ፣ ተይዞ ያለው ተጨማሪ የመልቀቂያ ቅጽ፡ \_\_\_\_\_

አልፏል/አልፋለች።

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

<b>ፈቃድ ያለው የጤና እንክብካቤ አቅራቢ የቢሮ ማህተም</b>	<b>የአቅራቢ ስም፡</b>
	<b>የአቅራቢ ስልክ ቁጥር፡</b>
	<b>የአቅራቢ ፊርማ፡</b>
	<b>ቀን፡</b>

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

<b>የትምህርት ቤት ባለስልጣን ስም፡</b>	<b>ፊርማ፡</b>	<b>ቀን፡</b>
<b>የጤና ቡድን ሰራተኛ ስም፡</b>	<b>ፊርማ፡</b>	<b>ቀን፡</b>