

Coordinated Student Health Services

Revizyon Kondisyon/Eta Sante

Ane Lekòl 20____ - 20____

Èske ou konplete kat kontak nan ka ijans ou dwe ranpli chak ane? Wi ☐ Non ☐

Siyati Elèv: _____
Dat nesans: _____

Prenon Elèv: _____
Klas: _____

Definisyon eta/kondisyon sante se eta sante ki ka dire (1) ane oswa plis epi ekzije atansyon medikal kontini, limite aktivite lavi toulejou, oswa toulede.

SWEN ELÈV/TRENING

- Plan Sante Endividyèl [Individual Healthcare Plan (IHCP)] se yon plan daksyon prepare pou jere bezwen sante aktyèl epi potansyèl pandan jounen lekòl, sòti òganize (field trips) epi aktivite sou patwonaj lekòl.
 - Yo ka kreye yon plan IHCP pou elèv ki gen yon eta/kondisyon sante *verifye*, ki ekzije medikaman oswa yon pwosedi, pandan yon jounen lekòl.
- Plan Sante ann Ijans [Emergency Care Plan (ECP)] se etap pa etap enstriksyon pou sa yon moun dwe fè pandan yon ijans (emèjensi).
 - Yo ka devlope yon ECP pou elèv ak ris emèjensi potansyèl (vledi, anafilaksi, kriz, dyabèt, las).
- Si lwa sou Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) otorize l, enfòmasyon sou eta/kondisyon sante sou ECP ap pataje avèk pèsonèl lekòl ki konsène.
- Yon founisè swen sante/doktè dwe dokiman eta sante avèk yon dyagnostik, esepite ADD/ADHD, alèji ki pa mete lavi andanje, kondisyon mantal/sante konpòtman ak "lòt".

Kondisyon/Eta Sante:

Tyeke **SÈLMAN** kondisyon/eta sante aktyèl. *Endike kondisyon/eta sante ki ekzije dokimanasyon alekri dyagnostik yon founisè swen sante/doktè fè.

- ☐ ADD/ADHD (Defisi Atansyon / Ipèaktivite)
- ☐ Alèji – pa mete lavi an danje (pa grav)
- ☐ Alèji – mete lavi an danje (grav)*
- ☐ Las/Asma*
- ☐ Twoub kowagilasyon*
- ☐ Kansè*
- ☐ Kondisyon kè*
- ☐ Fibwòz sistik*

- ☐ Dyabèt – Tip 1*
- ☐ Dyabèt – Tip 2*
- ☐ Epilepsi / Kriz*
- ☐ Maladi ren*
- ☐ Lupus*
- ☐ Anemi falsifòm*
- ☐ Eta sante pa egziste kounyea
- ☐ Lòt

Dat dyagnostik: _____

Siy ak sentòm (si genyen): _____

Deklanche/Alèjèn (si genyen): _____

Ospitalize resaman akòz dyagnostik? Wi ☐ Non ☐ Dat: _____

Chiriji resan akòz dyagnostik? Wi ☐ Non ☐ Dat: _____

Restriksyon aktivite nan lekòl la? Wi ☐ Non ☐

Enfòmasyon adisyonèl (*enkli efè segondè spesifik konni nan ka elèv la akòz medikaman li pran*):

Evalyasyon Bezwen Medikaman:

Èske li nesesè opwenndvi medikal pou pitit ou pran medikaman pandan jounen lekòl la?

Wi ☐ Non ☐

Si se **Wi**, ranpli fòm Otorizasyon pou Medikaman/Tretman ke doktè /founisè swen sante dwe soumèt pou lekòl la administre medikaman (www.browardschools.com/healthforms).

Èske elèv la ap bezwen pran medikaman lè gen aktivite andeyò lekòl oswa aktivite sou patwonaj lekòl (ikonpri vwayaj leswa) sityasyon ki rive andeyò è regilye lekòl?

Wi ☐ Non ☐

Annakò ak lwa Florid, Florida Statute 1002.20 epi Direktiv School Board Policy 6305, yo pèmèt yon elèv pote medikaman sou li, pou inale dòz mezire [Metered Dose Inhaler (MDI)], otoenjektè epinefrin [epinephrine autoinjector], medikaman pou dyabetik, ak/oswa sipleman anzim pankreatik. Yon doktè dwe konplete Fòm Otorizasyon pou Medikaman /Tretman avèk deklarasyon elèv la resevwa fòmasyon epi endepandan.

Èske elèv la pote medikaman sou li? Wi ☐ Non ☐

Si se wi, fè lis medikaman: _____

Tanpri ban-nou pi bon enfòmasyon kontak, non ak nimewo telefòn, pou manm pèsonèl lekòl la konsilte lè lap kominike sou eta/kondisyon sante pitit ou.

Paran/Gadyen (Enprime Non):

Nimewo Telefòn Nou Ka Kontakte Ou:

Paran/Gadyen (Siyati):

Relasyon ak Elèv la:

*****CLINIC USE ONLY*****

PARENT / HEALTHCARE STAFF COMMUNICATION:

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ Medication Authorization Form ☐ Emergency Contact Card ☐ Unable to reach parent/guardian ☐ Letter sent home ☐

Date/Time: _____ No verified health condition [Remove from School Application] ☐ Referral (Admin, Social Work, Food & Nutrition, etc.) ☐

The signature below serves as an annual health record review:

RN Name: _____

RN Signature: _____

Date: _____

☐ Student needs IHP only

☐ Student needs IHP and ECP

☐ No plan required at this time