

# Coordinated Student Health Services

## Avaliação do Estado de Saúde

Ano Letivo 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_

**JÁ PREENCHEU A FICHA ANUAL DE CONTATO DE EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE?** Sim  Não

Sobrenome do(a) Estudante: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Nome do(a) Estudante: \_\_\_\_\_  
Série: \_\_\_\_\_

O estado de saúde é definido como aquele que dura um (1) ano ou mais e exige atenção médica contínua, limita as atividades da vida diária ou ambas.

### ATENDIMENTO A ESTUDANTES/TREINAMENTO

- O Plano Individual de Saúde (Individual Healthcare Plan/IHCP) é um plano de ação para o gerenciamento das necessidades reais e possíveis de saúde durante o dia escolar, em excursões e durante atividades patrocinadas pela escola.
  - Pode ser criado um IHCP para estudantes com um problema de saúde *comprovado* que exija medicação ou algum procedimento durante o dia na escola.
- O Plano de Atendimento de Emergência (ECP) é um conjunto de instruções passo a passo sobre o que fazer em uma emergência.
  - Pode ser criado um ECP para estudantes com possível risco de emergência (por exemplo, anafilaxia, convulsão, diabetes, asma).
- Conforme previsto pela Lei de Privacidade e Direitos Educacionais da Família (FERPA), as informações sobre o estado de saúde em um ECP serão compartilhadas com a equipe escolar aplicável.
- Todas as condições devem ter um diagnóstico documentado por um profissional de saúde, exceto ADD/ADHD, alergias sem risco de vida, condições de saúde mental/comportamental e "outros".

### Condição de Saúde:

Assinale **SOMENTE** as condições de saúde atuais. \*Indica condições que exigem documentação por escrito de diagnóstico por um profissional de saúde.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/TDAH (Déficit de Atenção/Hiperatividade) | <input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 1*                   |
| <input type="checkbox"/> Alergias – sem risco de vida (não graves)    | <input type="checkbox"/> Diabetes – Tipo 2*                   |
| <input type="checkbox"/> Alergias – com risco de vida (graves)*       | <input type="checkbox"/> Epilepsia / Transtornos Convulsivos* |
| <input type="checkbox"/> Asma*  | <input type="checkbox"/> Distúrbios renais*                   |
| <input type="checkbox"/> Distúrbio Hemorrágico*                       | <input type="checkbox"/> Lúpus*                               |
| <input type="checkbox"/> Câncer*                                      | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme*                   |
| <input type="checkbox"/> Condições Cardíacas*                         | <input type="checkbox"/> Nenhum problema de saúde atual       |
| <input type="checkbox"/> Fibrose Cística*                             | <input type="checkbox"/> Outra _____                          |

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Sinais e sintomas (se houver): \_\_\_\_\_  
 Gatilhos/Alérgenos (se houver): \_\_\_\_\_  
 Hospitalização recente relacionada ao diagnóstico? Sim  Não  Data: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia recente relacionada ao diagnóstico? Sim  Não  Data: \_\_\_\_\_  
 Restrição de atividades na escola? Sim  Não   
 Informações adicionais (*incluindo os efeitos colaterais conhecidos e específicos do estudante à medicação*):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Avaliação das Necessidades de Medicação:

É necessário, do ponto de vista médico, que seu(sua) filho(a) receba medicamentos durante o dia escolar?

Sim  Não

Se **Sim**, é necessário enviar um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, para fins de administração de medicamentos ([www.browardschools.com/healthforms](http://www.browardschools.com/healthforms)).

O estudante está atualmente tomando medicação que seria necessária para uma atividade externa relacionada à escola ou patrocinada pela escola (incluindo viagens noturnas) que ocorrem fora do horário escolar normal?

Sim  Não

De acordo com o Estatuto da Flórida 1002.20 e a Política 6305 do Conselho Escolar, é permitido o porte próprio pelo estudante de medicamentos como inalador de dose calibrada (MDI), autoinjeter de epinefrina, suprimentos e medicamentos para diabéticos e/ou suplementos de enzimas pancreáticas com um Formulário de Autorização para Medicação/Tratamento, preenchido por um profissional de saúde, declarando que o estudante é treinado e independente.

O estudante carrega consigo ALGUM medicamento? Sim  Não   
 Caso sim, indique o medicamento: \_\_\_\_\_

Forneça as melhores formas de contato, incluindo nome e número de telefone, que os funcionários da escola possam usar para informá-lo sobre a condição de saúde de seu(sua) filho(a).

Pai/Mãe/Responsável (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Melhor Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

Pai/Mãe/Responsável (assinatura): \_\_\_\_\_

Relação com o(a) Estudante: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*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