

ይህን ቅጽ ይጠቀሙ የልጅዎ አካላዊ ጤናን ለትምህርት ቤታቸው/የልጅ እንክብካቤ ተቋማቸው ሪፖርት ለማድረግ። ይህ በዲሲ አፈሴላዊ 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 ሊያነጋግሩ ይችላሉ።

ክፍል 1፡ የልጅ የግል መረጃ | በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ።

የልጅ የእያት ስም፡	የልጅ የመጀመሪያ ስም፡	የትውልድ ቀን፡-			
የትምህርት ቤት ወይም የልጅ እንክብካቤ ተቋም ስም፡	የተማሪው የክፍል ደረጃ፡-	ጾታ፡- ☐ ወንድ ☐ ሴት ☐ ወንድም ሴትም ያልሆነ			
የቤት አድራሻ፡-	Apt፡-	ከተማ፡			
ስቴት፡	ZIP (ዚፕ)፡				
ብሄር፡- (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ)፡- ☐ ሂስፓኒክ/ላቲኖ ☐ ሂስፓኒክ-ያልሆነ/ላቲኖ-ያልሆነ ☐ ሌላ ☐ የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ					
ዘር፡- (የሚመለከተውን ሁሉ ይምረጡ) ☐ አሜሪካ ህንዳዊ/የአላስካ ተወላጅ ☐ እስያዊ ☐ የሀዋይ ተወላጅ/ የፓሲፊክ ደሴት ተወላጅ ☐ ጥቁር/ አፍሪካ አሜሪካዊ ☐ ነጭ ☐ መልስ ላለመስጠት እመርጣለሁ					
ወላጅ/የአሳዳጊ ስም፡	የወላጅ/የአሳዳጊ ስልክ ቁጥር፡				
የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስም፡	የአደጋ ጊዜ ተጠሪ ስልክ ቁጥር፡				
የመድን ዓይነት፡ ☐ Medicaid ☐ የግል ☐ ምንም የለም	የመድን ስም/መታወቂያ ቁጥር ፡፡				
ባለፈው ዓመት ውስጥ ልጄ/ጅቴ 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 የዲሲ መንግስት ኤጀንሲ እንዲያጋራ ፈቃድ እሰጣለሁ። በተጨማሪም፣ ዲስትሪክቱ፣ ትምህርት ቤቱ፣ ሠራተኞቹ እና ኤጀንቶቹ በዲሲ ሕግ 17- 107 ስር ለድርጊቶች ወይም መታለፎች ከህግ ተጠያቂነት ነጻ እንደሚሆኑ እነሆ እውቅና እሰጣለሁ እናም እስማማለሁ፣ የወንጀል ድርጊቶች፣ የታሰበበት ጥፋት፣ ከፍተኛ ችልተኝነት፣ ወይም በፈቃድ የሚደረግ የስነ-ምግባር ጉድለት ከሆነ በስተቀር። ይህ ቅጽ በየዓመቱ ተሞልቶ ወደ ልጄ ትምህርት ቤት መመለስ እንዳለበት እረዳለሁ። ወላጅ/ሞግዚት ፊርማ፡ _____ ቀን፡- _____					
የጤና ምርመራ ቀን፡	BP፡ _____ ☐ NML ☐ ABNL	ክብደት፡ _____ ☐ LBS ☐ KG	ቁመት፡ _____ ☐ IN ☐ CM	BMI፡ _____	BMI TCስንታይል፡-
የእይታ ማጣሪያ፡	የግራ ዓይን፡ 20/ _____ የቀኝ ዓይን፡ 20/ _____ ግራ፡- ☐ አልፏል ☐ ወድቋል ቀኝ፡ ☐ አልፏል ☐ ወድቋል	☐ ተስተካክሏል ☐ መነጽሮችን ይልበሱ ☐ ሪፊር ተደርጓል ☐ አልተመረመረም			

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

- ☐ አስም
- ☐ መቋቋም አለመቻል
- ☐ ሲክል ሴል
- ☐ ኦቲዝም
- ☐ የልብ ድካም
- ☐ ድንገተኛ የህክምና እንክብካቤ ሊያስፈልጋቸው የሚችሉ ጉልህ የምግብ/የመድሃኒት/የአካባቢ አለርጂዎች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል።
- ☐ ባህሪያዊ
- ☐ የኩላሊት በሽታ
- ☐ የረጅም-ጊዜ መድሃኒቶች፣ ያለ-ሀኪም ትዕዛዝ የሚገዙ መድሃኒቶች (አቭር-ዜ-ካውንተር-ድራግስ (OTC)) ወይም የልዩ እንክብካቤ መስፈርቶች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል።
- ☐ ካንሰር
- ☐ የቋንቋ/ንግግር
- ☐ ጉልህ የጤና ታሪክ፣ ሁኔታ፣ ተላላፊ በሽታዎች፣ ወይም ውስንነቶች። ዝርዝሮች ከታች ቀርቧል።
- ☐ ሴሬብራል ፐልሲ
- ☐ ከመጠን ያለፈ ውፍረት
- ☐ ሌላ፡- _____
- ☐ የእድገት
- ☐ ስኮሊዮስስ
-
- ☐ የስኳር በሽታ
- ☐ የሚጥል በሽታ
-

ዝርዝሮችን ያቅርቡ። ልጁ/ጅኑ Rx/ህክምና ካገኘ/ች፣ እባክዎ የተሟላ የመድሃኒት/የጤና ህክምና እቅድ ቅጽን ያያዙ፤ እና ልጁ/ጅኑ ሪፌር ተደርጎ/ጋ ከሆነ/ች፣ እባክዎ ማስታወሻ ይያዙ።

የTB ግምገማ | ፖዘቲቭ የሆነ TB ለግምገማ ወደ ተቀዳሚ የእንክብካቤ ሰጪ ሪፈረ 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፡-
☐ ከፍተኛ > ሙሉ የቆዳ ምርመራ እና/ወይም IGRA የደም ምርመራ ያድርጉ	የቆዳ ምርመራ ውጤቶች፡ ☐ ኔጌቲቭ	IGRA ውጤቶች፡- ☐ ኔጌቲቭ
☐ ዝቅተኛ	☐ ፖዘቲቭ፡ CXR ኔጌቲቭ ☐ ፖዘቲቭ፡ CXR ፖዘቲቭ ☐ ፖዘቲቭ፡ የታከመ	☐ 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፡ ☐ ጤናማ ☐ ጤናማ ያልሆነ፡ የእድገት የምርመራ ቀን፡-	1ኛ የሴረም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ
	የ2ኛ ምርመራ ቀን፡	የ2ኛ ውጤት፡ ☐ ጤናማ ☐ ጤናማ ያልሆነ፡ የእድገት የምርመራ ቀን፡-	2ኛ የሴረም/የጣት ስቲክ ሊድ ደረጃ፡
	የ3ኛ ምርመራ ቀን፡	የ3ኛ ውጤት፡ ☐ ጤናማ ☐ 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 ኢንፍሉዌንሳ ዓይነት b (Hib)	1	2	3	4			
ሄፓታይት B (HepB)	1	2	3	4			
ፖሊዮ (IPV፣ OPV)	1	2	3	4			
ሚዝልስ፣ ማምፕስ፣ ሩቤላ (MMR)	1	2					
ሚዝልስ	1	2					
ማምፕስ	1	2					
ሩቤላ	1	2					
ቫሪሴላ	1	2	ልጅ የደሮ በሽታ (ቺኪን ፖክስ) ነበረው (ወር እና ዓመት)፡ የተረጋገጠው በ፡ _____ (ስም እና ማዕረግ)				
ኒሞኮካል ኮንጂጌት	1	2	3	4			
ሄፓታይት A (HepA) (በ 01/01/2005 ወይም በኋላ የተወለደ)	1	2					
ሁማን ፓፒሎማ ቫይረስ (HPV)	1	2	3				
ሜኒንጎኮካል ክትባት (ACWY)	1	2					
ኢንፍሉዌንሳ (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 ቀን፡ _____

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) | ☐ ሚዝልስ |
| ☐ ማምፕስ | ☐ ሩቤላ | ☐ 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 የለቦራቶሪ ማስረጃ እንዳለው/ለት አረጋግጣለሁ እናም የምርመራ ውጤቶች ቅጂን አያይዣለሁ፡፡

- | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| ☐ ዲፍቴሪያ | ☐ ቴታነስ | ☐ ፔርቱስስ | ☐ Hib | ☐ HepB | ☐ ፖሊዮ (ሁሉም 3 አይነቶች) | ☐ ሚዝልስ |
| ☐ ማምፕስ | ☐ ሩቤላ | ☐ ቫሪሴላ | ☐ ኒሞኮካል | ☐ HepA | | ☐ 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 ☐ አይ ☐ አዎ ተመዝግቧል፡፡ በምርመራው ጊዜ፣ ይህ ልጅ በሁሉም የትምህርት ቤት፣ ካምፕ፣ ወይም የልጅ እንክብካቤ ተግባራት ውስጥ ለመሳተፍ አጥጋቢ የጤና ሁኔታ ላይ ነው ያለው/ያለችው፣ በጽኑ 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፡-