



የተማሪ ሪከርድ ካርድ 6

የሜሪላንድ ስቴት የትምህርት መምሪያ
የሜሪላንድ ስቴት የጤና መምሪያ
ሞንጎመሪ ካውንቲ T-ብሊክ ስኩልስ (MCPS)
Rockville, Maryland

የ MCPS ቅጽ SR-6
February 2019
ካባለ 4 ገጾች 1ኛ ገጽ

ከወላጆች/ሞግዚቶች የልጃቸውን የጤና ምርመራ ሪከርድ መጠየቂያ

ልጅዎ ለመጀመሪያ ጊዜ ወደ ሜሪላንድ የሕዝብ ትምህርት ቤት ለመግባት እንዲችል/እንድትችል፣ የሚከተሉትን ማሟላት ያስፈልጋል፡-

- ወደ ት/ቤት ከመግባቱ/ከመግባቷ ከዘጠኝ ወራት በፊት ወይም ስርአቱ ውስጥ ከገባ/ከገባች በስድስት ወሮች ውስጥ በተፈቀደለት የጤና ባለሙያ አማካይነት የአካል ምርመራ መፈፀም አለበት። ይህንን ለማሟላት በሜሪላንድ ስቴት የትምህርት መምሪያ እና በሜሪላንድ ስቴት የጤና መምሪያ አማካይነት የተዘጋጀ የአካል ምርመራ ቅጽ መጠቀም ያስፈልጋል።
- ከቅድመ-ትምህርት ቤት (ፕሪ ስኩል) ጀምሮ እስከ አሥራ ሁለተኛ ክፍል ለሚገኙ ሁሉም ተማሪዎች ለተወሰኑ የህፃናት ተላላፊ በሽታዎች መከላከያ ተቀዳሚ/የመጀመሪያ ክትባት ለማጠናቀቃቸው ማስረጃ ማቅረብ ያስፈልጋል። ለአዲስ ገቢ ተማሪዎች የMaryland ክትባት ማረጋገጫ ቅጽ ከአቅራቢያ የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች (Health and Human Services) መምሪያ ወይም ከትምህርት ቤት ሠራተኞች(ኞች) ሊገኝ ይችላል። ቅጹ እና የሚጠየቁት ክትባቶች ልጁ/ልጅቷ ትምህርት ቤት ከመጀመሩ/ከመጀመሯ በፊት መሞላት አለባቸው። (ቅጽ MDH 896)
- ለጤንነት የሚያሰጉ አካባቢዎች ተብለው በተከለሉ አካባቢዎች የሚኖሩ ተማሪዎች ወይም ቀዳሚ አፀደ ህፃናት፣ ሙዳላ ህፃናት፣ እና 1ኛ ክፍል በመጀመሪያ በ Medicaid የገቡ፣ እና ጃንወሪ 1/2015 ወይም ከዚያ በኋላ የተወለዱ ልጆች በሙሉ lead የተባለ የደም ምርመራ ውጤት/ማስረጃ ያስፈልጋቸዋል። የሜሪላንድ የጤና መምሪያ እና የአእምሮ ሃይጂን የደም Lead ምርመራ ሠርተፊኬት (DHMH 4620) ወይም በተፈቀደለት የጤና አገልግሎት ሰጪ ባለሙያ የተፈረመበት ማስረጃ ይህንን መስፈርት ለማሟላት መጠቀም ይቻላል።

ከተማሪዎች ቤተሰብ ኃይማኖት፣ እምነት፣ እና ልማድ ጋር የሚቃረን ከሆነ ክትባት ሊታለፍ ይችላል እና MDH ቅጽ 896 ላይ ወላጅ/ሞግዚት መፈረም አለባቸው። የተፈቀደለት የጤና ባለሙያ በሠርተፊኬት ካረጋገጠ በጤንነት ምክንያት ክትባት እንዳይሰጥ የተማሪዎች ክትባት ሊታለፍላቸው ይችላል። ከቤተሰብ ኃይማኖት እምነት እና ልማድ ጋር የሚቃረን ከሆነ የደም lead ምርመራው ሊታለፍ ይችላል። የመጠየቂያ ወረቀቱ መሠራቱን በማረጋገጥ የደም Lead ምርመራ ሠርተፊኬቱ በተፈቀደለት የጤና ባለሞያ መፈረም አለበት።

በዚህ ቅጽ ላይ የሚገኘውን የጤና መረጃ መስጠት የሚቻለው በልጅዎ ጤንነት ሁኔታ ላይ በህጋዊነት የሚመለከታቸው የጤና እና የትምህርት ሠራተኞች ለሆኑት ብቻ ነው።

ልጅዎ ከእነርሱ ትምህርታዊ ልምድ የበለጠውን ማግኘት እንዲችል/እንድትችል ለማገዝ፣ እባክዎን የዚህን የአካል ምርመራ ቅጽ ክፍል 1 ይሙሉ። ክፍል 2 በተፈቀደለት የጤና እንክብካቤ አቅራቢ መሞላት አለበት። ወይም የልጅዎን የአካል ምርመራ ከዚህ ፎርም ጋር አያይዙ። ልጅዎ መድሃኒት ካስፈለገው/ጋት ወይም ት/ቤት ውስጥ ህክምና መደረግ ካለበት፣ ለእያንዳንዱ መድሃኒት ወይም መከናወን ያለበት ህክምና የተፈቀደለት የጤና ባለሙያ የመድሃኒት ወይም መከናወን ስላለበት ህክምና የሞላው ፎርም እንዲኖራችሁ ያስፈልጋል። እነዚህን ቅጾች ከልጅዎ ት/ቤት፣ ወይም ከሞንጎመሪ ካውንቲ T-ብሊክ ስኩልስ (MCPS) ድረ-ገጽ ላይ ለማግኘት ይቻላል www.montgomeryschoolsmd.org MCPS ቅጽ 525-12, በህክምና የታዘዘ መድኃኒት ለመስጠት ፈቃድ መስጫ, Release and Indemnification Agreement, MCPS ቅጽ 525-13, በህክምና የታዘዘ መድኃኒት ለመስጠት ፈቃድ መስጫ ስምምነት, Release and Indemnification Agreement, MCPS ቅጽ 525-14, Anaphylaxis ለሚያመው/ለሚያማት ተማሪ አስቸኳይ እርዳታ ለማድረግ ፈቃድ መስጫ ስምምነት, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector. የተፈቀደለት የጤና እንክብካቤ ከሌላችሁ ወይም ልጃችሁ ልዩ ግላዊ የጤና እንክብካቤ ካስፈለገው/ካስፈለጋት፣ እባካችሁ ከልጃችሁ ት/ቤት ርእሰመምህር ወይም ነርስ ጋር ተገናኙ።

እባክዎን ይህንን የአካል ምርመራ ቅጽ ይሙሉ እና ለልጅዎ ትምህርት ቤት በተቻለ ፍጥነት ይመልሱ።

ክፍል 1 የጤና ግምገማ		የ MCPS የመታወቂያ #	
በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ			
የተማሪው/ዋ ስም (አያት፣ መጠሪያ፣ አባት)	የትውልድ ቀን (ወር፣ ቀን፣ ዓ.ም)	የትምህርት ቤት ስም	ክፍል
አድራሻ (መንገድ፣ ከተማ፣ ስቴት፣ ዚፕ ኮድ)		ስልክ ቁ.	
የወላጅ/አሳዳጊ ስም			
ለመደበኛ የህክምና እንክብካቤ ልጅዎን ብዙውን ጊዜ የት ይወስዳሉ?		ስልክ ቁ.	
ስም:-	አድራሻ:-		
ልጅዎ መቼ ነው ለመጨረሻ ጊዜ የአካል ምርመራ ያደረገው/ያደረገችው?	ወር	አመት	
ልጅዎ መቼ ነው ለመጨረሻ ጊዜ የጥርስ ምርመራ ያደረገው/ያደረገችው?	ወር	አመት	
ለጥርስ እንክብካቤ አብዛኛውን ጊዜ ልጅዎን የት ይወስዳሉ?			ስልክ ቁ.
ስም:-	አድራሻ:-		

የተማሪ የጤና ግምገማ			
እርስዎ እስከሚያውቁት ድረስ፣ ልጅዎ ከዚህ ከሚከተሉት ማንኛውም አለበት/አለባት ወይ? እባክዎ አዎን ወይም አይደለም በሚለው ከዚህ በታች ምልክት አድርጉበት።			
	አዎን	አይደለም	አስተያየቶች
Anaphylaxis/አናፊላክሲስ ወይም ሃይለኛ የአለርጂክ ማገርሸት			
አለርጂዎች (ምግብ፣ ነፍሳት፣ መድሃኒቶች፣ ላቴክስ)			
አለርጅዎች (ወቅታዊ)			
አስም ወይም የመተንፈስ ችግሮች			
የባህሪ ወይም የሰሜታዊነት ችግሮች			
የውልደት ጉድለቶች			
የመድማት ችግሮች			
ሽባካት			
የጥርስ በሽታ ችግሮች			
ስኳር በሽታ			
የመብላት ችግር			
የጆሮ ችግር ወይም መስማት ያለመቻል (“ድንቁርና”/ዲዳነት)			
የዓይን ወይም የእይታ ችግሮች			
የጭንቅላት (እራስ) ጉዳት			
የልብ ችግሮች			
ሆስፒታል መግባት (መቼ፣ የት፣ ለምን)?			
በእርሳስ/Lead መመሪያ/መጋለጥ			
የመማር ችግሮች/ስንክልና			
የአካል እንቅስቃሴን የመገደብ			
ማጅራት ገትር/Meningitis			
የመወለድ ወር ከመድረሱ በፊት ቀድሞ መወለድ			
የፊኛ ችግር			
የአንጀት ችግር			
የማሳል ችግር			
መንዘፍዘፍ/መንቀጥቀጥ ስዥርስ			
የሲክል ሴል በሽታ			
የንግግር ችግሮች			
ቀዶ ጥገና			
ሌላ			

ልጅዎ ማንኛውንም መድሃኒት ይወስዳል/ትወስዳለችን? አዎ አይደለም
 አዎ ከተባለ የመድኃኒቱ(ቶቹ) ስም (ስምች) _____

ልጅዎ ማንኛውንም መድሃኒት በትምህርት ቤት ውስጥ እንዲሰጠው/እንዲሰጣት ያስፈልገዋል/ያስፈልጋታል? አዎ አይደለም
 አዎ ከሆነ የመድኃኒቱ ስም/የመድኃኒቶቹ ስሞች _____

ልጅዎ በት/ቤት መሰጠት ያለባቸው የሆኑ አስቸኳይ መድሃኒቶች (epinephrine auto-injectors, inhalers, glucagon, Diastat, nebulized medication, etc.) ያስፈልገዋል/ታታል ወይ? አይደለም አዎ አዎ ከሆነ እባክዎ ዝርዝሩ ይገልጹ _____

ልጅዎ ማንኛውንም ልዩ ህክምናዎች/እንክብካቤዎች (ጂ-ቲዩብ/G-tube) አመጋገብ፣ ካቴተር፣ ወ.ዘ.ተ.) በትምህርት ቤት እንዲሰጡት/ጧት ይፈልጋል/ትፈልጋለች? አይደለም አዎ
 አዎን ከሆነ፣ እባክዎ ዝርዝሩ ይገልጹ _____

ወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ እለት

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT To be completed ONLY by authorized health care provider		MCPS ID#	
Student's Name (Last, First, Middle)	Birthdate (Mo., Day, Yr.)	Name of School	Grade
1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____			
2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____			
3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____			

EVALUATION FINDINGS/CONCERNS						
PHYSICAL EXAM	WNL	ABNL	Area of Concern	HEALTH AREA OF CONCERN	Yes	No
Head				Attention Deficit/Hyperactivity		
Eyes				Behavior/Adjustment		
ENT				Development		
Dental				Hearing		
Respiratory				Immunodeficiency		
Cardiac				Lead Exposure/Elevated Lead		
GI				Learning Disabilities/Problems		
GU				Mobility		
Musculoskeletal/Orthopedic				Nutrition		
Neurological				Physical Illness/Impairment		
Skin				Psychosocial		
Endocrine				Speech/Language		
Psychosocial				Vision		
				Other		

REMARKS: (Please explain any abnormal findings/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** MDH 896 is required to be completed and attached by an authorized health care provider **or** a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No Yes

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Will the child require medically provided treatments, such as urinary catheterization, tracheostomy, gastrostomy feedings, and oral suctioning?
 No Yes If yes, MCPS Form 525-12, Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement, must be completed.

7. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes
 MCPS Form 345-22 may be completed.

8. Screenings	Results/Date Taken	Comments
Tuberculin Test (PPD, QFT, Questionnaire)		
Blood Pressure/Heart Rate		
Height		
Weight		
BMI %tile		
Blood Lead Testing (DHMH 4620)		
Hemoglobin/Hematocrit		

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

(Student Name) _____ has had a complete physical examination and has:

No evident problem that may affect learning or full school participation Problems noted above

Additional Comments:

Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print)	Phone No.	Authorized Health Care Provider Signature	Date
---	-----------	---	------