

ПРАВЛЕНИЕ ШКОЛ ОБЛАСТИ САРАСОТЫ, ФЛОРИДА и
ОТДЕЛ ЗДОРОВЬЯ ОБЛАСТИ САРАСОТЫ, ФЛОРИДА
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ШКОЛЫ
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231
PHONE (941) 927-9000

ЗАПИСЬ ОБ АСТМЕ
(ASTHMA HISTORY-RUSSIAN)

Инструкции: Пожалуйста, возвратите эту заполненную форму в медпункт вашего ребёнка до _____

Имя ученика _____ Дата рождения _____

Название школы _____ Класс _____ Дата _____

1. Был ли у вашего ребёнка когда-либо установлен диагноз астмы, госпитализация по причине астмы?
 Да Нет . Если да, назовите имя доктора, который лечил астму у ребёнка _____
Номер тел. Доктора _____
2. Как часто, приблизительно, у вашего ребёнка происходят приступы астмы? _____
3. Когда был последний приступ? _____
4. Что останавливает приступ астмы у вашего ребёнка, или что ухудшает приступ? _____

5. Причиняют ли физические упражнения приступ астмы? Да Нет (Если да, объясните) _____

6. Влияет ли погода на астму вашего ребёнка? Да Нет (Если да, объясните) _____

7. Какие симптомы астмы у вашего ребёнка? _____
8. Назовите медикаменты, которые обычно принимает ваш ребёнок в школе: дозу и частоту? (Если ваш ребёнок принимает медикаменты в школе, в личном деле вашего ребёнка в школе мы должны иметь Форму Разрешения о Медикаментах/Лечении. _____

9. Существуют ли побочные эффекты от приёма этих лекарств? Да Нет (Если да, объясните) _____

10. Что обычно использует ваш ребёнка во время приступа астмы: держатель с дыхательным измерителем дозы (прозрачная трубка, которая прикреплена к впрыскивателю, помогает вдыхать медикамент и направлять в лёгкие) Да Нет Не знаю
11. Понимает ли ваш ребёнок что такое астма, и как он/она должен/на себя вести во время этого состояния? Да Нет (Если да, объясните) _____

12. Использует ли ваш ребёнок измеритель (прибор, куда нужно дуть для определения воздушного пути)?
 Да Нет Не знаю. Если да, какое самое лучшее измерение у вашего ребёнка? _____

КОММЕНТАРИИ _____

Имя родителей/опекунов _____

Подпись родителей/опекунов _____

Дата _____