

ШКІЛЬНЕ ПРАВЛІННЯ ОКРУГУ САРАСОТИ, ШТАТУ ФЛОРІДА та
ВІДДІЛ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСТІ САРАСОТИ, ФЛОРІДА
ШКІЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231
PHONE (941) 927-9000

ЗАПИС ПРО АСТМУ
(ASTHMA HISTORY-UKRAINIAN)

Інструкції: Будь ласка, поверніть цю заповнену форму в медпункт вашої дитини до _____

Ім'я учня _____ Дата народження _____

Назва школи _____ Клас _____ Дата _____

1. Чи було у вашій дитини коли-небудь встановлено діагноз астми, госпіталізація з причини астми?
 Так Ні. Якщо так, назвіть ім'я лікаря, який лікував астму у дитини _____
Номер тел. Лікаря _____
2. Як часто, приблизно, у вашій дитини виникають приступи астми? _____
3. Коли був останній приступ? _____
4. Що призупиняє приступ астми у вашої дитини, або що погіршує приступ? _____

5. Чи зрочиняють фізичні вправи приступи астми? Так Ні (Якщо так, поясніть) _____

6. Чи впливає погода на астму вашої дитини? Так Ні (Якщо так, поясніть) _____

7. Які симптоми астми у вашої дитини? _____
8. Назвіть медикаменти, які як правило вживає ваша дитина в школі: дозу та частоту? (Якщо ваша дитина приймає медикаменти в школі, в особовій справі вашої дитини в школі, ми повинні мати Форму Дозволу про Медикаменти/Лікування. _____

9. Чи існують побочні ефекти від прийому цих ліків? Так Ні (Якщо так, поясніть) _____

10. Що використовує ваша дитина під час приступу астми: тримач з вимірювачем дози, який потрібно вдихати (прозрачна трубка, яка прикріплена до вприсківача, допомагає вдихати медикамент та направляти в легені) Так Ні Не знаю
11. Чи розуміє ваша дитина що таке астма, і як він/вона повинен/на себе вести під час цього стану?
 Так Ні (Якщо так, поясніть) _____

12. Чи використовує ваша дитина вимірювач (прибор, куди потрібно дути для визначення повітряного шляху)? Так Ні Не знаю. Якщо так, який самий кращий вимір у вашої дитини? _____

Коментар _____

Ім'я батьків/піклувальників _____

Підпис батьків/піклувальників _____

Дата _____