Fairfax County PUBLIC SCHOOLS
ENGAGE • INSPIRE • THRIVE

# صحت سے متعلق معلومات

اپنے بچے کی صحت سے متعلق ایسے موجودہ اور نئے مسائل، جن کا اثر اسکے تعلیمی دن پر پڑسکتا ہے، ان کے بارے میں معلومات فراہم کرنے کیلئے، ہر سال یہ فارم مکمل کیجیئے

یہ فارم پبلک ہیلتھ نرس (PHN) کو، آپ کے بچے کی صحت کی حالت کے متعلق بتانے، اور صحت کی ضروریات کو پلان کرنے کیلئے، ہے جو اسکے تعلیمی دن پر اثرانداز ہو سکتی ہیں ۔ یہ معلومات ضرورت پڑنے پر اسکول کے متعلقہ عملے کیساتھ بانٹی جاتی ہیں ۔ اس فارم پر فراہم کردہ معلومات فیملی ایجوکیشنل رائٹس اینڈ پرائیوسی ایکٹ (FERPA) کے ذریعے، طالبعلم کے تعلیمی ریکارڈ کے طور پر محفوظ کی جاتی ہیں اور انہیں ہیلتھ روم میں بحفاظت رکھا جاتا ہے ۔ فیئرفیکس کاؤنٹی پبلک اسکولز (FCPS) اورفیئرفیکس ہیلتھ ڈیپارٹمنٹ (FCHD) صحت کے غیرشناخت شدہ ، مجموعی اعدادوشمار ورجینیا کے محکمہ تعلیم کیلئے مطلوبہ صحت عامہ کی رپورٹنگ کرنے اور اسکول کمیونٹی میں صحت کی ضروریات کا جائزہ لینے کیلئے بھی استعمال کرتے ہیں ۔ تعلیمی سال کے دوران آپکے طالبعلم کی طبی کیفیت میں پیدا ہونیوالی کسی تبدیلی یا اس فارم سے متعلق سوالات کیلئے، براہ مہربانی اپنے بچے کے اسکول ہیلتھ روم کے ذریعے PHN سے رابطہ کیجیئے ۔

## سیکشن A: معلومات:

| | | | |
|---|---|---|---|
| طالبعلم / طالبہ کا نام: آخری | پہلا | درمیانہ | تاریخ پیدائش |
| تعلیمی سال | اسکول کا نام | گریڈ | ٹیچر/ کونسلر | جنس<br>☐مرد ☐عورت ☐مخنث |
| والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا نام | گھر کا فون نمبر | موبائل نمبر | کام کی جگہ کا نمبر |
| والد یا والدہ/ قانونی سرپرست کا نام | گھر کا فون نمبر | موبائل نمبر | کام کی جگہ کا نمبر |

## سیکشن B: شدید یا زندگی کو خطرہ سے دوچار کرنیوالی صحت کی صورتحال:

| کیفیت | چیک اگر ہاں ہو | تبصرہ |
|---|---|---|
| شدید الرجی/ زودحسی | ☐ | ☐کھانا: ____<br>☐کیڑے کا کاٹنا: ____<br>☐لیٹیکس<br>Epinephrine کا نسخہ؟ ☐جی ہاں ☐جی نہیں<br>کیا Epinephrine ٹیکہ پہلے لگایا گیا ہے؟ ☐جی ہاں ☐جی نہیں اگرہاں تو، ٹیکے کی تاریخ: ____ |
| دمہ | ☐ | محرکات: ☐ورزش ☐ماحولیاتی ☐بالائی تنفس انفیکشن دیگر: ____<br>انہیلر تجویز کیا گیا؟ ☐جی ہاں ☐جی نہیں Nebulizer تجویز کیا گیا؟ ☐جی ہاں ☐نہی<br>پچھلے سال ایمرجنسی روم (ER) جانے والے دنوں کی تعداد: ____ |
| ذیابطیس | ☐ | ☐ٹائپ 1 ☐ٹائپ 2 تشخیص کی تاریخ: ____ ہنگامی دوا کا نام: ____<br>گلوکوز مانیٹرنگ: ☐گلوکومیٹر ☐سی جی ایم انسولین دینے کا انتظام: ☐سرنج ☐پین ☐پمپ |
| دورے | ☐ | دورہ کی قسم: ____ آخری بار دورہ پڑنے کی تاریخ: ____<br>اسکول میں ہنگامی دوائی کی ضرورت؟ ☐جی ہاں ☐جی نہیں VNS لگایا گیا ہے؟ ☐جی ہاں ☐جی نہیں |

## سیکشن C: صحت کی موجودہ جسمانی کیفیت:

| کیفیت | چیک اگر ہاں ہو | تبصرہ (براہ مہربانی تفصیل فراہم کیجیئے) |
|---|---|---|
| قد/ وزن | ☐ | قد: ____ فٹ ____ انچ وزن: ____ پاؤنڈز |
| الرجیز (جان لیوا نہیں) | ☐ | |
| خون میں خرابی کے مسائل | ☐ | |
| سرطان | ☐ | حالیہ مدافعتی کمزوری ☐جی ہاں ☐جی نہیں |
| سسٹک فائبروسس | ☐ | |
| دانتوں / منہ سے متعلق مسئلہ | ☐ | |
| کان، ناک اور گلے کی حالت | ☐ | براہ مہربانی وضاحت کیجیئے: |
| اینڈوکرائن ڈس آرڈر (ذیابطیس کے سوا) | ☐ | |
| ناموافق غذا | ☐ | غذائیں: ____<br>معدہ / ہاضمے میں تکلیف ☐جی ہاں ☐جی نہیں |
| خوراک / کھانے کی ترجیحات | ☐ | |
| معدہ/پیٹ/آنت | ☐ | |
| سماعت سے متعلق عارضے | ☐ | |
| دل/ امراض قلب | ☐ | |
| گردہ/ پیشاب کی بیماری | ☐ | |
| سر درد/ آدھے سر کا درد | ☐ | |
| پھیپھڑوں کی بیماری (دمہ کے سوا) | ☐ | |
| نقل وحرکت میں معذوری | ☐ | |

# صحت سے متعلق معلومات

اپنے بچے کی صحت سے متعلق ایسے موجودہ اور نئے مسائل، جن کا اثر اسکے تعلیمی دن
پر پڑسکتا ہے، ان کے بارے میں معلومات فراہم کرنے کیلئے، ہر سال یہ فارم مکمل کیجیئے

آخری نام ____________ پہلا نام ____________ تاریخ پیدائش

**سیکشن D: صحت کی موجودہ جاری، کیفیات:**

| کیفیت | چیک اگر ہاں ہو | تبصرہ (براہ مہربانی تفصیل فراہم کیجیئے) |
|---|---|---|
| پٹھے/ ہڈیاں/ جوڑ/ گٹھیا | ☐ | براہ مہربانی وضاحت کیجیئے: |
| اعصابی (دورے پڑنے کے سوا) | ☐ | ☐دماغی چوٹ / سنسناھٹ / تشخیص کی تاریخ: ____________ ☐دماغی فالج ☐دیگر: |
| جلد کے مسائل | ☐ | ☐خارش یا داد (ایگزیما) ☐دیگر: |
| نظرکے مسائل | ☐ | ☐کونٹیکٹس/ عینکیں ☐ناقابل اصلاح ☐دیگر: |
| صحت کے دیگر مسائل | ☐ | ☐آٹزم ☐ڈاؤن سنڈروم ☐دیگر: |
| **جذباتی/ ذہنی صحت کی کیفیت:** | | |
| ADD/ADHD | ☐ | ڈاکٹر نے تشخیص کی ☐جی ہاں ☐جی نہیں زیرعلاج ☐جی ہاں ☐جی نہیں |
| بے چینی ، اینگزائٹی | ☐ | ڈاکٹر نے تشخیص کی ☐جی ہاں ☐جی نہیں زیرعلاج ☐جی ہاں ☐جی نہیں |
| ذہنی دباؤ ، ڈپریشن | ☐ | ڈاکٹر نے تشخیص کی ☐جی ہاں ☐جی نہیں زیرعلاج ☐جی ہاں ☐جی نہیں |
| کھانے پینے کے مسا ئل | ☐ | ڈاکٹر نے تشخیص کی ☐جی ہاں ☐جی نہیں زیرعلاج ☐جی ہاں ☐جی نہیں |
| دیگر: | ☐ | ڈاکٹر نے تشخیص کی ☐جی ہاں ☐جی نہیں زیرعلاج ☐جی ہاں ☐جی نہیں |

**سیکشن E: صحت کے طریقہ کار:**

**فیئرفیکس کاؤنٹی ہیلتھ ڈیپارٹمنٹ ریفرل معلومات کمیونٹی طبی مراکز سے شیئر کرتا ہے جو مفت جسمانی معائنے کی سہولت فراہم کرتے ہیں۔ ملاحظہ کیجیئے:**
**https://www.fairfaxcounty.gov/health/clinics**

**اگر آپ کے بچے کی صحت کے ساتھ کوئی مسئلہ ہے تو کیا آپ کے بچے کو اسکول کے دن کے دوران، کسی طبی عمل یا کسی خصوصی سامان کی ضرورت پڑتی ہے؟**
☐جی ہاں ☐جی نہیں اگر آپ کا جواب ہاں میں ہے تو براہ مہربانی وضاحت کیجیئے: ____________

**سیکشن F: ان تمام ادویات اور خوراکوں کی فہرست بنائیے ، جو آپ کا بچہ باقاعدگی سے لیتا ہے اور اسکول میں لینے والی خوراک یا خوراکوں کی نشاندہی کیجیئے:**

____________

____________

____________

**والد یا والدہ/ سرپرست کسی بھی قسم کی ایسی دوا، خاص غذا یا آلہ فراہم کرنے کے ذمے دار ہیں جو طالب علم کو اسکول کے دن کے دوران درکار ہو سکتے ہیں ۔ ادویات، طریقہ کار کے اجازت نامہ اور جسمانی تعلیم (PE) کے فارم https://www.fcps.edu/registration/forms پر جا کر ملاحظہ کیئے جا سکتے ہیں یا اسکول کے ہیلتھ روم سے حاصل کیئے جا سکتے ہیں۔**

والدین کی رضامندی: میں اپنے ڈاکٹر (ڈاکٹرز) کو اس بات کی اجازت دیتا / دیتی ہوں کہ وہ FCPS کے عملے اور پبلک ہیلتھ نرس کے ساتھ اس فارم میں شامل معلومات کے بارے میں گفتگو کر سکتے ہیں ۔ ☐جی ہاں ☐جی نہیں

____________ معالج کا نام ____________ معالج کا فون نمبر

____________ والدین/ سرپرست کا نام (پرنٹ یا ٹائپ کیجیئے) ____________ والدین/ سرپرست کے دستخط ____________ تاریخ

**Public Health Nurse Use Only Below This Line**

☐HIF Reviewed ☐Follow Protocol (SH Care Emerg.-Temp. Care Guidelines) ☐Health Condition List

☐Mental Health Condition List ☐Action Plan/Health Plan or Procedure

Notes: ------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------

____________ Public Health Nurse Name ____________ Public Health Nurse Signature ____________ Date