

St. Louis Park ISD 283
Sluzba zdravlja

Istorija bolesti ucenika

(Roditelj/staratelj treba da ispuni podatke svake skolske godine)

Ime ucenika _____ datum rođenja _____ razred _____

Da li vase dijete ima bilo kakvo hronicko oboljenje? (Molimo vas da oznacite za svaki problem posebno)

___ Problemi sa koncentracijom i pracenjem dogadjaja

ALERGIJE:

___ Lijekovi

___ Asma

___ Srcani problemi

___ Hrana

___ Autism

___ Neuroloski problemi

___ Ujed pcele

___ Rak

___ Ortopedski problemi

___ Vremenske alergije

___ Dijabetis

___ Iznenadni napadi

___ Artritis

___ Psihicko oboljenje

___ Oslabljen vid ili sluh

___ Glavobolje

___ Drugi problemi

Objasnjenje: _____

Da li je on/ona bio/bila na bolnickom liječenju zbog bolesti, operacije ili povrede u posljednje 2 godine?

DA ___ NE ___

Ako je odgovor DA , objasnite zbog cega je dijete bilo u bolnici: _____

Da li su fizicke aktivnosti vasesg djeteta ogranicene u bilo kojem pogledu ? DA ___ NE ___

Ako je odgovor DA Molimo vas da objasnite kako : _____

Da li on/ona uzima ikakve lijekove ? DA ___ NE ___

Naziv lijeka

Kako cesto uzima

Problem koji lijeci

Vakcine primljene u toku proslje godine :

Vrsta vakcine

Mjesec/dan/godina

Vrsta vakcine

Mjesec/dan/godina

Ostali komentari: _____

Ove informacije su jako vazne kako bi mogle da obezbijede ispravnu zdravstvenu pomoc vasesm djetetu. Informacije ce se smatrati privatnim i bit ce odložene u ucenicki zdravstveni karton. Uvid u iste ce imati samo oni koji rade sa vasesm djetetom i koji treba da znaju njegovu situaciju kao i osoblju hitne pomoci u slucaju nesrece.

Roditelj/Staratelj

Datum

Kucni broj telefona

Telefon na poslu

Ime ljekara ili bolnice

Broj telefona