

المقابلة الشخصية لمرض السكري

السنة الدراسية _____



الطالب	ولي الأمر/الوصي	الهاتف
تاريخ الميلاد	ولي الأمر/الوصي	الهاتف
الدراسي	الطوارئ	الهاتف
أخصائي الغدد الصماء		
الهاتف	آخر زيارة	
مُعَلِّمة تلميذ متخصصة في مرض السكري	الهاتف	
التاريخ المَرَضِي ذو الصلة، بما في ذلك العلاج في المستشفيات	عمر التشخيص	آخر A1C
عنوان المنزل:	جهة اتصال ما بعد الدوام المدرسي:	التأمين الخاص <input type="checkbox"/>
رقم الحافلة إن وُجد:	الهاتف	MaineCare <input type="checkbox"/>
أنشطة ما بعد الدوام المدرسي:		بحاجة لمعلومات <input type="checkbox"/>
نظام مراقبة نسبة السكر في الدم	جهة الاتصال للاستشارات غير الطارئة:	النوع
	الطريقة المفضلة _____ اتصال _____ رسالة نصية _____ بريد إلكتروني	التشخيص
	التواتر	آخر A1C
نظام إيصال الأنسولين	طريقة ومعايير رصد مُركَّب الكيتون	

قم بتوضيح الاعتبارات الضرورية لليوم الدراسي.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ألعاب القوى/التربية البدنية | <input type="checkbox"/> الفصل الدراسي |
| <input type="checkbox"/> وقت الاستراحة بين الفصول | <input type="checkbox"/> الحافلات/المواصلات |

يُرجى توضيح أي أهداف متعلقة بالصحة والمساعدة اللازمة.

من خلال القيام بالتوقيع أدناه، فأنا أسمح لمرضسة المدرسة بمشاركة معلومات الطالب خاصتي مع الطاقم المدرسي والطبي المناسب من أجل الحفاظ على سلامة طلابي باستمرار داخل المدرسة.

ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____
 في حالة الطوارئ عند الحاجة إلى المساعدة وتُعَدُّ الوصول إلى جهات التواصل في حالات الطوارئ، سيتم الاتصال بمقدم الرعاية الصحية وإن لزم الأمر سيتم الاتصال بـ 911 (خدمات الطوارئ).