# SAĞLIK BİLGİ FORMU

:

K

E

:

:

:

Adı Soyadı Kan Gurubu Cinsiyeti

Doğum Tarihi

Sınıf/ No :

TC Kimlik No

**ACİL SEVK**

:

Velisi bulunduğum Kilim Sosyal Bilimler Lisesi.................. sınıfı öğrencisi, .....................................................’ın okul saatleri içerisinde hastaneye sevk ihtiyacı olduğunda hastaneye sevkini istiyor ve masrafların tarafımca karşılanacağını beyan ediyorum.

Hastane tercihim yok. Okulun yönlendireceği hastaneyi kabul ediyor ve masrafların tarafımca karşılanacağını beyan ediyorum.

|  |
| --- |
| **ACİL DURUMLARDA HABER VERİLECEK TELEFON NUMARALARI**  1. Anne :  Adı Soyadı : ......................................................................... Tel No: ................................... |
| 2. Baba :  Adı Soyadı : ......................................................................... Tel No: ................................... |
| 3. Diğer Kişiler : Yakınlık Derecesi :  Adı Soyadı : ......................................................................... Tel No: ................................... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ailede kalıtımla aktarılabilen bir hastalık var mı? | | | Akrabalık Derecesi | | |
| Hastalık | Hayır | Evet ise hastalık adı | 1. Derece | 2. Derece | Uzak Akraba |
| Şeker Hastalığı |  |  |  |  |  |
| Kan Hastalıkları |  |  |  |  |  |
| Ailevi Akdeniz Ateşi/ Çölyak/ Guatr/ Tansiyon |  |  |  |  |  |
| Diğer: .......................... |  |  |  |  |  |

* Herhangi bir ilaca alerjisi var mı? Yanıtınız evet ise lütfen ayrıntılı bilgi veriniz.  
  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Öğrenci önemli bir çocukluk hastalığı geçirdi mi? Yanıtınız evet ise lütfen ayrıntılı bilgi veriniz.  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Kronik ya da tekrarlayan bir hastalığı var mı?**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Halen okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz bir ilaç tedavisi görüyor mu? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Okul tarafından bilinmesinde yarar gördüğünüz önemli bir kaza geçirdi mi? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………
* Geçirdiği bir ameliyat, kullandığı protez vb. var mı? Yanıtınız evet ise lütfen bilgi veriniz.  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Çocuğunuzun sağlık dosyasında yer almasında yarar gördüğünüz başka hususlar varsa lütfen belirtiniz. Bulaşıcı hastalık vb önemli bilgiler.  
  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**NOT: Burada vermiş olduğunuz bilgilerin güvenilir ve tam olması okulda öğrencinize herhangi bir acil durum veya kaza ile karşılaştığında müdahale edecek okul hemşiresi için çok önemlidir. Müdahalenin eksiksiz ve sağlıklı olabilmesi için hemşirenin öğrenci hakkında sağlık bilgilerine tam olarak vakıf olması gerekmektedir. Öğrencilerimizin sağlığı bizler için değerlidir.**

**Öğrenci sağlık durumu ile ilgili belirtmek istediğiniz önemli bir durum var ise lütfen okulumuz revirine başvurunuz!**

**Çok önemli bilgiler:**

* Okulda hastalanması ya da kazaya uğraması halinde öğrencime ilkyardım yapılabilir.

Evet Hayır

* Öğrencinizin düzenli kullandığı ilaçlardan okul saatleri içerisinde alması gerekenleri reçetesiyle beraber okul hemşiresine teslim ediniz. Reçetesiz işlem yapılmayacaktır. Öğrencilerin yanlarında ilaç bulundurmaları doz aşımı, isteyen arkadaşlarına ilaçlarından vermesi gibi durumlar sebebiyle çok sakıncalıdır.
* COVİD-19 belirtileri olan öğrencinin kesinlikle okula gönderilmemesi ve okul ile iletişime geçerek haber verilmesi gerekmektedir.
* **Öğrencinin düzenli kullandığı ilaçlar:**  
  1………………………………… 2…………………………………  
  3………………………………… 4…………………………………
* Pansiyonumuzda kalan öğrencilerimizin ilaçları yine reçeteleriyle beraber okul hemşiresine teslim edilmelidir. Öğrencilerin ya da veya dolaplarında ilaç bulundurmaları yasaktır.

Verdiğim bütün bilgiler eksiksiz ve doğrudur. Çocuğumun ciddi sağlık sorunlarıyla ilgili herhangi bir önemli bilgiyi eksik aktarmam halinde sorumluluğu kabul ederim

.……………………………………… Veli Adı soyadı/ İmza