



华府通用健康证明说明书

这份表格用来取代签署日期为 2015 年 4 月 1 日之前的所有体检表格。就读托儿机构（Child Development Facilities, CDF）、启蒙计划（Head Start）以及华府公立、公立私营、私立和教区学校的孩子每年都需要这份华府通用健康证明（DCUHC）。

例外：它不能取代早期和定期普查、诊断和治疗（EPSDT）表或卫生部口腔健康评估表（Department of Health Oral Health Assessment Form）。华府通用健康证明由华府卫生部制定并遵循美国儿科学会（American Academy of Pediatrics, AAP）对儿童和青少年（从出生到 21 岁）的预防保健建议。这份表格属于保密文件，遵循针对医疗机构发布的 1996 年健康保险流通与责任法案（HIPAA）的规定和针对教育机构发布的 1974 年家庭教育权利和隐私法案（FERPA）的规定。

一般说明：请用黑色圆珠笔填写此表。

第 1 部分：孩子个人信息：

家长或监护人：请填写孩子的所有个人信息包括孩子的姓、名和中间名、出生日期和性别。同时填写您的姓名、电话、家庭地址和家庭住址所在的区域，以及当无法联系到您时，紧急情况联系人的姓名和电话。提供学校或托儿机构的名称。勾选描述您孩子医保类别的方框。此外，请在空白处提供保险公司的名称和孩子的保险卡号。写出孩子的持有执照的医护人员（医生或护士）的姓名。如果您的孩子没有特定的持有执照的医护人员提供医疗，在空白处写“没有”。此表如没有家长或监护人在第 5 部分的签名便不算完成。

第 2 部分：孩子的病史、检查和建议：（由持有执照的医护人员填写）。请标注所有相关的方框。

- **健康检查日期：**根据美国儿科学会的建议和华府官方法典 § 38-602(a)，所有孩子必须接受由医生或护士（一些护士也持有高级注册护士（APRN）头衔）进行的体检。签署的日期必须是实际检查的日期。
- **体重（WT）：**孩子的体重或是磅（LB）或是公斤（KG）；**身高（HT）：**孩子的身高或是英寸（IN）或是厘米（CM）。
- **血压（BP）：**如果孩子年满三（3）岁或以上，在方框里写下血压值并在正常或异常处打勾。如异常，在第 2 部分 A 栏提供原因和解决方案。
- **身高体重指数（Body Mass Index/BMI）：**如果孩子年满两（2）岁或以上，身高体重指数必须被计算并被记录成百分比。BMI 是从孩子的体重和身高计算出的测量值。
- **血红蛋白（HGB）/血球密度（HCT）：**所有六（6）岁以下的孩子都要求做血红蛋白/血球密度测试。同时，根据美国儿科学会的建议，月经期少女建议做贫血检查。请记录血液浓度并圈出所接受的血红蛋白密度测试、血球密度测试。
- **视力和听力检查：**孩子们应当从三（3）岁起开始接受常规的客观的视力检查并从四（4）岁起开始接受常规的客观的听力检查。如果孩子不能完成这些客观的检查，但家长又有担忧，请在第 2 部分 A 栏说明情况并提出解决方案。
- **健康担忧：**医护人员必须做以下健康检查：哮喘、癫痫、糖尿病、语言、发育/行为和其他可能需要特殊护理的疾病。如果有“健康担忧”导致的检查，医护人员必须勾出表明已经做了适当的转诊或孩子目前正在接受相关治疗（Rx）的方框。如果没有“健康担忧”，那么在每项健康检查处勾选“否”或“无”。
- **特别注明：**“牙齿检查”-医护人员必须写明牙医是否在过去 12 个月里检查过孩子的牙齿。如果没有，孩子应被转介看牙医。美国儿科学会和美国儿科牙科学会（American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD）建议孩子在长出第一颗牙的六（6）个月内或年满 12 个月时开始看牙医，并且每隔六（6）个月复查。对于三（3）岁以下的孩子，如果他/她还没有家庭牙医，持有执照的医护人员可以向孩子提供一份含氟化钠涂膜的申请表，但这份申请表对孩子进入托儿机构或学校不是必需的。
- **A：**请注明任何重要的病史、疾病、传染性疾病、或可能会影响孩子参与学校的运动或项目时的表现能力的限制，或标注“无”。
- **B：**请注明学生在参与学校的活动或项目中需要紧急医疗的严重过敏，或标注“无”。
- **C：**请注明学生在参与学校的活动或项目中需要的任何长期的药物、柜台药物或特殊医疗需要，或标注“无”。
- **特别注明：**请注明学生在参与第 2 部分 C 栏列出的与学校有关的活动或项目时需要的药物或治疗，填写用药方案（Medication Plan）或持有执照的医护人员开出的药物授权指示（Medication Authorization Order），并将它附在本表之后。

第 3 部分：肺结核与铅接触的风险评估与测试

- **肺结核的风险评估：**按照美国儿科学会最新出版的红皮书对婴儿、儿童和青少年进行肺结核皮肤测试的建议并遵照华府官方法典 § 38-602(c)(1) 检查规定和华府市政规章 29-325.3(g) 公众安康条例以及儿童发育中心（Child Development Center）的建议，对孩子进行肺结核的风险评估。现有的华府市规要求所有入读儿童发展机构或学校的孩子每年做一次全面的体检，包括肺结核风险评估并将结果记录在华府通用健康证明上。只有孩子在被评为具有肺结核高危险时他/她才必须做结核菌素皮肤测试（Tuberculin Skin Test）。对被评估为肺结核高危险的孩子，请进行结核菌素皮肤测试并注明测试结果（阴性或阳性）。如果结核菌素皮肤测试结果为阳性，那么标注胸腔 X 光（CXR）结果。如果孩子接受了治疗，请标注“已治疗”的方框。所有小于五（5）岁的孩子的阳性的结核菌素皮肤测试都必须致电 202-698-4040 报告给华府肺结核控制项目（DC T.B. Control Program）。如果孩子被评为具有低风险，请在方框里标注“低”。请注意我们不推荐也不要求孩子必须接受统一的结核菌素皮肤测试才能入读儿童发展机构和学校。
- **铅接触危险：**所有小于六岁的孩子必须接受两次的铅检测，无论他/她铅接触的风险如何。请在华府通用健康证明上记录最近一次铅测试的“日期”和“结果”。请注明是否“等待结果”。处于“等候”状态的结果有效期为自检查日期算起的 2 个月，这不会导致孩子被学校相关的活动或项目排除在外。“铅中毒测试证书”可以充当测试文件并可以从华府环境部（District Department of the Environment, DDOE）的网站下载：<http://ddoe.dc.gov/publication/lead-screening-guidelines>。所有铅测试的结果必须由实验室以电邮的方式报告给华府儿童铅和安全居住项目（DC Childhood Lead and Healthy Housing Program）。如需详细说明，请致电 202-654-6036/202-535-2624。医护人员可以将结果传真至 202-535-2607。请写明持有执照的医护人员和家长/监护人的姓名、地址和电话号码。

第 4 部分：需要持有执照的医护人员（医生或护士）的认证和签名：请医护人员正楷书写他/她的姓名并使用其办公室/诊所的印章。持有执照的医护人员请对以下声明注明“是”或“否”：

这名孩子已接受了适当的检查，并且他/她的病史也已被查阅；

这名孩子可以参加竞技性的体育运动（根据评估并遵循美国儿科学会参与前的身体评估）；并且孩子已在本年度接受了适龄的检查（遵循美国儿科学会的建议和早期和定期普查、诊断和治疗的指导）。如果标注“否”，请在空白处解释原因。所有信息将被保密。

第 5 部分：需要家长/监护人签名。（公布健康信息）

家长或监护人必须正楷书写姓名；提供签名和日期。一旦在此签名，家长或监护人允许持有执照的医护人员与孩子的学校、托儿机构、营会、或相应的华府政府机构分享他/她的健康信息。

表格可以从 www.doh.dc.gov 下载

请登录 <https://dchealthlink.com> 查阅医保计划。您可以通过孩子所在学校的主办公室联系学校护士。

华府通用健康证明

第 6 部分：免疫接种信息
一般说明：请用黑色圆珠笔填写此表

孩子/学生个人信息：正楷书写孩子/学生的姓、名和中间名/首字母。按月月/日日/年年年年记录生日。通过选择女或男注明孩子/学生的性别。注明孩子就读的学校或托儿机构名称。

第 1 栏：免疫接种信息 - 清楚地记录注射疫苗的日期（月月/日日/年年年年）或附上同等的有医生的签名、地址、电话和日期的复印件。接种疫苗必须间隔适当的天数，并在适当的年龄进行。在最小间隔或年龄 4 天之内的疫苗接种都算作有效。例外：不在同一天注射的两种活病毒疫苗必须间隔至少 28 天。

根据华府法律 3-20 “1979 年学校学生免疫条例”、华府市政规章第 22 条第一章以及疾病控制中心（Centers for Disease Control，CDC）、免疫实践咨询委员会（Advisory Committee on Immunization Practices，ACIP）、美国儿科学会（American Academy of Pediatrics，AAP）和美国家庭医生学会（American Academy of Family Physicians，AAFP）制定和出版的接种时间表，学生必须接种疫苗。

规定-有关就读华府公立学校和儿童看护机构的免疫接种规定，请登录 <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp> 向健康免疫计划部（Department of Health Immunization Program）咨询。

免疫接种的规定可能会更改。

参考指南

疫苗的商品名称按字母顺序排列 (最新的名称列表参阅 http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
商品名称	疫苗	商品	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗
ActHIB	乙型流感嗜血杆菌	Engerix-B	乙肝	Ipol	脊髓灰质炎灭活疫苗	Pneumovax	肺炎球菌多糖疫苗	Vaqta	甲肝
Adacel	破伤风、白喉、无细胞百日咳	Fluarix	流感(IIV)	Infanrix	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Prevnar	肺炎球菌结合疫苗	Varivax	水痘
Afluria	流感(IIV)	FluLaval	流感(IIV)	Kinrix	白喉、破伤风、无细胞百日咳 + 脊髓灰质炎灭活疫苗	ProQuad	麻疹、腮腺炎、风疹 + 水痘		
Boostrix	破伤风、白喉、无细胞百日咳	FluMist	流感 (LAIV)	Menactra	脑膜炎球菌结合疫苗	Recombivax	乙肝		
Cervarix	人乳头瘤病毒 2	Fluvirin	流感(IIV)	Menomune	脑膜炎球菌多糖疫苗	Rotarix	轮状病毒(RV1)		
Comvax	乙肝 + 乙型流感嗜血杆菌	Fluzone	流感(IIV)	Pediarix	白喉、破伤风、无细胞百日咳 + 乙肝 + 脊髓灰质炎灭活疫苗	RotaTeq	轮状病毒(RV5)		
Daptacel	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Gardasil	人乳头瘤病毒 4	PedvaxHIB	乙型流感嗜血杆菌	Tripedia	白喉、破伤风、无细胞百日咳		
Decavac	破伤风、白喉	Havrix	甲肝	Pentacel	白喉、破伤风、无细胞百日咳 + 乙型流感嗜血杆菌 + 脊髓灰质炎灭活疫苗	Twinrix	甲肝 + 乙肝		

疫苗的缩写按字母顺序排列 (最新的名称列表参阅 http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
缩写	疫苗全称	缩写	疫苗全称	缩写	疫苗全称	缩写	疫苗全称
DT	白喉、破伤风	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	甲肝 乙肝	MPSV or MPSV4	脑膜炎球菌多糖疫苗	Rota (RV1 or RV5)	轮状病毒
DTaP	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Hib	乙型流感嗜血杆菌	MMR / MMRV	麻疹、腮腺炎、风疹疫苗/麻疹、腮腺炎、风疹和水痘混合疫苗	Td	破伤风、白喉
DTP	白喉、破伤风、百日咳	HPV	人乳头瘤病毒	OPV	口服脊髓灰质炎疫苗	Tdap	破伤风、白喉、无细胞百日咳
Flu (IIV or LAIV)	流感	IPV	脊髓灰质炎灭活疫苗	PCV or PCV7 or PCV13	肺炎球菌结合疫苗	TIG	破伤风免疫球蛋白
HBIG	乙肝免疫球蛋白	MCV or MCV4	脑膜炎球菌结合疫苗	PPSV or PPV23	肺炎球菌多糖疫苗	VAR or VZV	水痘

第 2 栏：药物豁免：如果医疗的禁忌阻碍了孩子根据华府法律 3-20 条和免疫实践咨询委员会的建议按时接种一种或多种疫苗，填写此栏。勾选所有禁忌的疫苗并解释禁忌的原因。如果药物豁免是永久性的，勾选适当的选项。如果药物豁免是暂时的，勾选注适当的选项并签署失效的日期。医生必须签名、正楷书写姓名、地址、电话或盖章，并在此栏签署日期。

第 3 栏：替代免疫证明：当血浓度测定证明学生有足够免疫力时填写此栏。勾选血液里测定的疫苗。附带一份血浓度测定结果的报告。医生必须签名、正楷书写姓名、地址、电话号码或盖章，并在此栏签署日期。