



HƯỚNG DẪN VỀ CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT CỦA DC (DISTRICT OF COLUMBIA UNIVERSAL HEALTH CERTIFICATE INSTRUCTIONS)

Đơn này thay thế cho tất cả các đơn khám sức khỏe có trước ngày 1 tháng Tư 2015. Các trẻ em ghi tên vào các Cơ Sở Phát Triển Trẻ Em, chương trình Head Start, các trường công lập, trường bán công, trường tư, trường tôn giáo của DC đều bắt buộc phải nộp hàng năm Chứng chỉ Khám Sức Khỏe Tổng Quát của DC (DC UHC).

Ngoại lệ: Đơn này, DC UHC không được dùng để thay thế cho đơn EPSDT hoặc Đơn Thẩm định Sức Khỏe Răng Miệng của Sở Y Tế. Đơn DC UHC được Sở Y Tế DC khai triển và theo Hướng dẫn của Viện Nhi Khoa Hoa Kỳ (AAP) đối với việc chăm sóc và phòng ngừa bệnh tật cho các trẻ em và thanh thiếu niên; từ sơ sinh đến 21 tuổi. **Đơn này là một hồ sơ bảo mật, thống nhất với các yêu cầu đòi hỏi của Đạo Luật về Trách nhiệm Hồ tương và Phẩm chất Bảo hiểm Y tế 1996 (HIPPA)** đối với các tổ chức cung ứng dịch vụ y tế, và Đạo Luật Quyền hạn Giáo dục và Bảo Mật Riêng Tư Gia Đình 1974 (FERPA) đối với các cơ quan giáo dục.

Hướng Dẫn Chung: Xin dùng bút bi/mực đen để điền đơn này.

Phần 1: Thông Tin Cá Nhân Trẻ Em:

Cha mẹ hay Người Giám hộ Học sinh: Xin điền đầy đủ tất cả các thông tin cá nhân của con em, bao gồm họ, tên, tên lót, ngày sinh và phái tính. Ngoài ra cũng điền vào tên của quý vị, số điện thoại, địa chỉ nhà, phường của địa chỉ nhà trong khu vực cư ngụ, và tên cùng số điện thoại liên lạc khẩn cấp trong trường hợp không thể liên lạc với quý vị. Cho biết tên trường học hay cơ sở chăm sóc trẻ em (nhà trẻ). Đánh dấu vào ô cho biết loại bảo hiểm y tế của con em. Thêm nữa, xin cung cấp tên của công ty bảo hiểm và số bảo hiểm (ID #) của con em vào ô dành riêng cho thông tin này. Viết tên của bác sĩ có chứng nhận hành nghề/cơ quan chăm sóc y tế gia đình (bác sĩ hoặc y tá có chứng nhận hành nghề). Nếu con em không có bác sĩ nhất định để chăm sóc sức khỏe, xin viết "none" (không có) vào ô trống dành cho câu hỏi này. **Đơn này sẽ không được xem như hoàn tất nếu không có chữ ký của phụ huynh hay người giám hộ học sinh ở Phần 5.**

Phần 2: Tiểu Sử Y Tế của Con Em, Khám Nghiệm & Đề Nghị: (do bác sĩ có chứng nhận hành nghề điền vào). Xin đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp.

- Ngày Khám Sức Khỏe:** Tất cả trẻ em phải được khám sức khỏe bởi một bác sĩ hay y tá có giấy phép hành nghề (một số y tá có chứng nhận hành nghề cũng là Y tá có chứng nhận hành nghề bậc cao (ARNP), đã hoàn thành giáo dục sau cấp đại học), theo như hướng dẫn AAP và Luật Chính thức của DC § 38-602(a). Ngày tháng ghi vào đây phải là ngày khám bệnh thật sự.
- WT:** Trọng lượng của trẻ em tính bằng pounds (LBS) hoặc kí-lô-gram (KG); **HT:** Chiều cao của trẻ em đo bằng inches (IN) hay cen-ti-mét (CM).
- BP:** Nếu trẻ em ba (3) tuổi trở lên, viết vào ô số huyết áp, và đánh dấu là bình thường hay không bình thường. Nếu không bình thường, xin cho lời giải thích và giải pháp ở Phần 2: Mục A.
- Body Mass Index (BMI) – (Chỉ Số Khối lượng Cơ Thể):** Nếu trẻ em hai (2) tuổi trở lên, chỉ số BMI phải được tính toán và ghi nhận, kể cả phân vị (percentile). BMI được tính từ số đo trọng lượng và chiều cao của trẻ em.
- HGB/HCT:** Hemoglobin (HGB) hoặc Hematocrit (HCT) **bắt buộc phải có đối với trẻ em dưới sáu (6) tuổi.** Đề nghị khám bệnh giảm hồng cầu/ thiếu máu (anemia) do kinh nguyệt đối với các em nữ vị thành niên chiếu theo đề nghị của AAP. Xin ghi nhận mức độ máu và cho biết thử nghiệm nào đã được làm bằng việc khoanh tròn HGB, HCT hoặc cả hai.
- Khám Thị Giác và Thính Giác:** Trẻ em cần bắt đầu khám thị giác đều đặn khi đến ba (3) tuổi, và thính giác khi đến bốn (4) tuổi. Nếu không thể hoàn tất việc khám, nhưng có lý do để quan tâm, xin cung cấp cho nhà trường sự giải thích và cách giải quyết vấn đề trong Phần 2, Mục A.
- QUAN TÂM VỀ SỨC KHỎE:** Tổ chức cung ứng dịch vụ chăm sóc y tế phải thực hiện việc chẩn đoán các bệnh sau đây: suyễn, co giật, tiểu đường, ngôn ngữ, rối loạn về phát triển/hành vi cử chỉ, và các mặt nào khác đòi hỏi "cần" có sự chăm sóc y tế đặc biệt. Đối với bất kỳ chẩn đoán nào có chữ "HEALTH CONCERNS," (QUAN TÂM về SỨC KHỎE), tổ chức cung cấp dịch vụ y tế phải đánh dấu vào ô chỉ rõ việc đề nghị thích hợp đã làm, hoặc hiện đang được điều trị/cho uống thuốc về vấn đề quan tâm này. Nếu **KHÔNG/KHÔNG CÓ ĐIỀU GÌ** "QUAN TÂM VỀ SỨC KHỎE", xin đánh dấu vào ô "**NO**" hoặc "**NONE**" trong mỗi mục chẩn đoán.
- GHI CHÚ ĐẶC BIỆT:** "Khám Răng" – Tổ chức cung ứng dịch vụ y tế phải chỉ rõ là nha sĩ có xem hoặc khám cho trẻ em trong vòng 12 tháng qua không. Nếu "Không", trẻ em cần được đề nghị đến nha sĩ của gia đình. Viện Y Tế Nhi Đồng Hoa Kỳ và Viện Nha Khoa Nhi Đồng Hoa Kỳ đề nghị rằng trẻ em bắt đầu đi khám nha sĩ trong vòng sáu (6) tháng khi mọc răng đầu tiên, hoặc khoảng 12 tháng tuổi, và rồi sau đó mỗi sáu (6) tháng. Đối với các em dưới ba (3) tuổi, bác sĩ có bằng hành nghề chuyên môn có thể làm lớp trắng Fluoride cho trẻ em, nếu như trẻ em chưa có nha sĩ gia đình. Lớp trắng Fluoride không bắt buộc phải làm khi trẻ em đi học hoặc đi nhà trẻ.
- A:** Xin ghi chú bất kỳ tiểu sử bệnh, điều kiện y tế nào quan trọng, các bệnh cũng như giới hạn về ăn nói có thể ảnh hưởng đến khả năng thể hiện của trẻ em ở trường học - các sinh hoạt hay chương trình học liên quan, hoặc đánh dấu "NONE" (không có điều gì quan tâm).
- B:** Xin ghi chú rõ bất cứ dị ứng nào của trẻ em có thể đòi hỏi có sự **chăm sóc y tế khẩn cấp** trong các sinh hoạt hay chương trình nào liên quan trong trường học, hoặc đánh dấu "NONE" (không có điều gì quan tâm).
- C:** Xin ghi rõ bất kỳ thuốc men nào trẻ em phải điều trị lâu dài, thuốc bán tự do ngoài quầy hay đòi hỏi một sự chăm sóc đặc biệt trong các sinh hoạt hay chương trình liên quan ở trường học, nếu không xin đánh dấu "NONE" (không có điều gì quan tâm).
- GHI CHÚ ĐẶC BIỆT:** Xin ghi rõ bất kỳ loại thuốc men hay sự điều trị nào đòi hỏi phải thực hiện tại trường, trong các sinh hoạt hay chương trình liên quan trong Phần 2: Mục C và hoàn tất Kế hoạch Dùng Thuốc hoặc Giấy Cho Phép Dùng Thuốc của Bác Sĩ (Medication Plan or Licensed Practitioner's Medication Authorization Order), và kèm vào chứng chỉ khám sức khỏe tổng quát (UHC).

Phần 3: Thử Nghiệm & Đánh Giá Sự Nguy Hiểm Khi Tiếp Xúc với Bệnh Lao và Chất Chì: (ĐÁNH GIÁ SỰ NGUY HIỂM của BỆNH LAO (TB): Thực hiện đánh giá nguy cơ do lây nhiễm đối với bệnh lao (TB) như được xác định theo AAP RED BOOK gần đây nhất, *Đề Nghị Thử Lao Trên Da cho các em Sơ sinh, Trẻ em và Thanh Thiếu Niên và theo Bộ Luật Chính thức của DC § 38-602 (c) (1) bắt buộc phải Thử Lao Trên Da và Điều lệ của Hội Đồng Đô Thành 29-325.3 (g) (DCMR 29-325.3) Phúc Lợi Công Cộng, Trung Tâm Phát Triển Trẻ Em.* Điều lệ hiện hành đòi hỏi tất cả các trẻ em đi học ở trường, hoặc cơ sở phát triển trẻ em (CDF) đều phải được khám sức khỏe tổng quát hàng năm, gồm cả đánh giá nguy hiểm do tiếp xúc với bệnh lao, và có ghi vào mẫu đơn UHC. Thử nghiệm lao trên da (TST) phải được tiến hành tùy theo sự ghi nhận về **các yếu tố nguy cơ cao** đối với sự tiếp xúc với bệnh lao. Đối với các trẻ em bị đánh giá **CÓ NGUY CƠ CAO TIẾP XÚC VỚI BỆNH**, xin phụ huynh thực hiện TST và đánh dấu vào phần kết quả thử nghiệm (negative/âm tính hoặc positive/dương tính). Nếu TST là **dương tính**, thì đánh dấu vào phần kết quả quang tuyến phổi (CXR), và nếu trẻ em đang được chữa trị, đánh dấu vào ô "treated" (được điều trị). **Tất cả trẻ em nào nhỏ hơn năm (5) tuổi có TST dương tính phải báo cho Chương Trình Chế Ngự Bệnh Lao của DC số 202-698-4040.** Nếu trẻ em bị đánh giá có nguy cơ thấp tiếp xúc với bệnh, đánh dấu vào ô "**low**" (thấp). Xin ghi nhớ rằng không đề nghị, cũng không đòi hỏi phải thử nghiệm bệnh lao trên da đối với trẻ em khi vào các Cơ sở Phát triển Trẻ em (CDF) và các trường học.

● **NGUY CƠ TIẾP XÚC VỚI CHẤT CHÌ:** Tất cả trẻ em nhỏ hơn sáu (6) tuổi phải được thử nghiệm chất chì hai lần, cho dù có được xem là có nguy cơ tiếp xúc với chất chì hay không. Xin ghi "Ngày" và "Kết Quả" của thử nghiệm chì gần đây nhất vào chứng chỉ khám sức khỏe tổng quát (UHC). Xin ghi rõ, nếu "Pending," (đang chờ đợi). Kết quả "đang chờ đợi" sẽ có hiệu lực trong hai tháng kể từ ngày thử nghiệm, và sẽ không làm trẻ em bị loại trừ ra ngoài các sinh hoạt hay các chương trình liên quan trong trường. *Chứng Chỉ Thử Nghiệm Nhiễm Độc Chì* (Certificate of Testing for Lead Poisoning) có thể cũng được sử dụng như hồ sơ thử nghiệm, và có sẵn sàng trên mạng của DDOE: <http://ddoe.dc.gov/publication/lead-screening-guidelines>. **TẤT CẢ** thử nghiệm chất chì, phải được các phòng thử nghiệm gửi báo cáo trực tiếp bằng điện toán đến Chương Trình Gia Đình Lành Mạnh và Trẻ Em Không Bị Nhiễm Chì của DC (DC Childhood Lead and Healthy Housing Program). Để có các chỉ dẫn chi tiết, xin gọi điện thoại 202-654-6036/202-535-2624. Các Cơ Quan Y Tế có thể fax kết quả thử nghiệm theo đường dây fax được bảo vệ: 202-535-2607. Xin bao gồm tên, địa chỉ, điện thoại của bác sĩ có chứng nhận hành nghề và của phụ huynh/người giám hộ học sinh.

Phần 4: Đòi Hòi Phải Có Chứng Nhận và Chữ Ký của Bác Sĩ có bằng Hành Nghề (bác sĩ hoặc y tá có bằng chứng nhận hành nghề): Các tổ chức cung cấp y tế nhớ viết tên bằng chữ in và đóng dấu của văn phòng/cơ quan y tế. Bác sĩ có bằng hành nghề, xin trả lời bằng cách đánh dấu "Yes" hay "No" vào những phần sau đây:

Trẻ em đã được khám bệnh thích đáng với sự xem xét lại tiểu sử sức khỏe;

Trẻ em được xét thông qua để thi đấu thể thao (dựa vào sự đánh giá và thống nhất với Đánh Giá Thể Lực Trước Khi Tham Dự của AAP; và trẻ em đã nhận được các khám nghiệm thích hợp với tuổi tác trong năm hiện tại (chiếu theo các đề nghị của AAP và hướng dẫn của EPSDT). Nếu đánh dấu "No", xin giải thích lý do trong khoảng trống được dành cho. Tất cả các tin tức này đều được giữ kín/bảo mật.

Phần 5: Đòi Hòi Phải Có Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Học sinh. (Cho Phép Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe).

Phụ huynh hay giám hộ phải viết tên bằng chữ in; ký tên và đề ngày tháng. Qua việc ký tên vào phần này, phụ huynh, giám hộ cho phép Bác sĩ có bằng hành nghề được chia sẻ thông tin sức khỏe trên đơn này với nhà trường của các em, cơ sở chăm sóc trẻ em, nơi cắm trại, hoặc các cơ quan Chính phủ thích hợp.

Các đơn có sẵn sàng trên mạng qua địa chỉ www.doh.dc.gov.

Truy cập vào các chương trình bảo hiểm y tế tại <https://dchealthlink.com>. Quý vị có thể liên lạc với Y Tá của trường học qua văn phòng chính của trường con em.

HƯỚNG DẪN VỀ CHỨNG CHỈ KHÁM SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT CỦA DC

PHẦN 6: THÔNG TIN VỀ CHÍCH NGỪA

Hướng Dẫn Chung: Xin dùng bút bi mực đen để hoàn tất đơn này.

Thông tin Cá Nhân của Trẻ Em/Học Sinh: Viết chữ in rõ ràng họ, tên, và tên lót/tên lót viết tắt của trẻ em/học sinh. Ghi vào ngày sinh của trẻ em theo cách: tháng/ngày/năm. Chỉ rõ phái tính của trẻ em/học sinh bằng cách đánh dấu female (nữ) hoặc male (nam). Ghi rõ tên trường học hoặc cơ sở chăm sóc trẻ em theo học.

Mục 1: Thông tin Chích Ngừa – Viết rõ ràng các ngày đã chích ngừa theo cách (tháng/ngày/năm), hoặc đính kèm các giấy tờ tương đương có chữ ký, địa chỉ, điện thoại của tổ chức cung cấp dịch vụ y tế. Các liều lượng chích ngừa phải thích hợp và đúng với tuổi tác. Để được xem là có hiệu lực, các liều thuốc chích ngừa phải được chích trước 4 ngày trước khoảng tối thiểu hay tuổi để được tính là hiệu lực. Ngoại lệ: Hai loại chích ngừa vi khuẩn sống (không khử hoạt tính) và không được chích cùng một ngày, phải chích cách nhau ít nhất là 28 ngày.

Học sinh phải được chích ngừa chiếu theo Đạo Luật DC 3-20, “Đạo Luật 1979 về Chích Ngừa của Học Sinh Ở Trường Học” và DCMR Điều Khoản 22, Đoạn 1, và Lịch Trình Chích Ngừa được khai triển và phổ biến bởi Trung Tâm Kiểm Soát và Phòng Ngừa Bệnh Truyền Nhiễm (CDC), Hội Đồng Cố Vấn Các Biện Pháp Chích Ngừa (ACIP), Viện Nhi Khoa Hoa Kỳ (AAP), và Viện Gia Đình Bác Sĩ Hoa Kỳ (AAFP).

Các Yêu Cầu – Đối với các yêu cầu chích ngừa của các trường DC và các Cơ Sở Chăm Sóc Trẻ Em/Nhà Trẻ, xin tham khảo Chương Trình Chích Ngừa của Bộ Y Tế, trên trang mạng tại <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp>.

Các yêu cầu về chích ngừa có thể sẽ thay đổi.

Tài Liệu Hướng Dẫn

Các Tên Thương Nghiệp của Thuốc Chích Ngừa theo thứ tự chữ cái (Xem danh sách cập nhật trên trang mạng http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa	Tên Thương Nghiệp	Thuốc Chích ngừa
ActHIB	Hib Cúm loại B	Engerix-B	Hep B Đau gan B	Ipol	IPV Chống Tê Liệt	Pneumova x	PPSV or PPV23 Nhiễm Trùng Phổi	Vaqta	Hep A Đau gan A
Adacel	Tdap Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Fluarix	Flu (IIV) Cúm	Infanrix	DTaP Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Prevnar	PCV or PCV7 or PCV13 Nhiễm Trùng Phổi	Varivax	Varicella Thủy đậu (Đầu mùa)
Afluria	Flu (IIV) Cúm	FluLaval	Flu (IIV) Cúm	Kinrix	DTaP + IPV Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Tê liệt	ProQuad	MMR + Varicella Sởi, Quai bị, Ban đỏ, Thủy đậu		
Boostrix	Tdap Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	FluMist	Flu (LAIV) Cúm	Menactra	MCV or MCV4 Chống Viêm Màng Não	Recombiva x	Hep B Đau gan B		
Cervarix	HPV2 Chống sinh thực u & Ung thư đường sinh dục	Fluvirin	Flu (IIV) Cúm	Menomune	MPSV or MPSV4 Chống Viêm Màng Ốc	Rotarix	Rotavirus (RV1) Ôi mửa, tiêu chảy		
Comvax	Hep B + Hib Đau Gan B + Cúm loại B	Fluzone	Flu (IIV) Cúm	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Tê liệt	RotaTeq	Rotavirus (RV5) Ôi mửa, tiêu chảy		
Daptacel	DTaP Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Gardasil	HPV4 Chống sinh thực u & Ung thư	PedvaxHIB	Hib Cúm loại B	Tripedia	DTaP Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà		
Decavac	Td Uốn ván, Bạch hầu	Havrix	Hep A Đau gan A	Pentacel	DTaP + Hib + IPV Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Tê liệt	Twinrix	Hep A + Hep B Đau gan A + Đau Gan B		

Viết Tắt Tên Thuốc Chích Ngừa theo thứ tự chữ cái (Xem danh sách cập nhật trên trang mạng http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa	Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa	Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa	Tên Viết Tắt	Tên đầy đủ của Thuốc Chích Ngừa
DT	Diphtheria, Tetanus Bạch hầu, Uốn Ván	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	Hepatitis A Hepatitis B Đau gan A Đau gan B	MPSV or MPSV4	Meningococcal Polysaccharide Vaccine Viêm Màng Ốc	Rota (RV1 or RV5)	Rotavirus Ôi mửa & Tiêu chảy
DTaP	Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	Hib	Haemophilus influenza type b Cúm loại b	MMR / MMRV	Measles / Sởi Mumps / Quai bị Rubella / Ban đỏ with Varicella / Thủy đậu	Td	Tetanus, Diphtheria Uốn ván, Bạch hầu
DTP	Diphtheria, Tetanus, Pertussis Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà	HPV	Human Papillomavirus Chống sinh thực u & Ung thư đường sinh dục	OPV	Oral Poliovirus Vaccine Chống Tê Liệt – Thuốc Uống	Tdap	Tetanus, Diphtheria, acellular Pertussis Uốn ván, Bạch hầu, Ho gà
Flu (IIV or LAIV)	Influenza Cúm	IPV	Inactivated Poliovirus Vaccine Ngừa Tê Liệt	PCV or PCV7 or PCV13	Pneumococcal Conjugate Vaccine Nhiễm Trùng Phổi	TIG	Tetanus Immune Globulin Uốn ván, Globulin Miễn dịch
HBIG	Hepatitis B Immune Globulin Đau gan B, Globulin Miễn dịch	MCV or MCV4	Meningococcal Conjugate Vaccine Viêm Màng Ốc	PPSV or PPV23	Pneumococcal Polysaccharide Vaccine Nhiễm Trùng Phổi	VAR or VZV	Varicella Thủy đậu (Đầu mùa)

Mục 2: Miễn Trừ Y Tế – Hoàn tất phần này nếu có sự chống chỉ định về y tế (chống lại chích ngừa này) (là những tình trạng mà việc chích thuốc này có thể gây nguy hiểm cho bệnh nhân) làm cho trẻ em không thể chích một hay nhiều hơn loại chích ngừa theo đúng quy cách thời gian của Luật DC 3-20 & đề nghị của ACIP. Xem xét tất cả các thuốc chích ngừa chống chỉ định, và cho biết nguyên nhân của sự chống chỉ định này. Nếu sự chống chỉ định chích ngừa là vĩnh viễn, xin đánh dấu vào ô thích hợp. Nếu sự chống chỉ định chỉ là tạm thời, đánh dấu vào ô thích hợp, và cho biết ngày chống chỉ định này hết hạn. Cơ quan cung ứng y tế phải ký tên, viết chữ in tên, địa chỉ, điện thoại, hoặc đóng dấu và để ngày tháng vào phần này.

Mục 3: Bảng Chứng Tương Ứng về sự Miễn Nhiễm – Hoàn tất phần này nếu thử nghiệm mẫu máu được dùng cho thấy bằng chứng miễn dịch. Đánh dấu vào các chích ngừa có thử mẫu máu đã làm. Kèm theo văn bản kết quả mẫu máu. Cơ quan cung ứng y tế phải ký tên, viết chữ in tên, địa chỉ, điện thoại, hoặc đóng dấu và để ngày tháng vào phần này.