

Ficha de Saúde / Health Record

Prezado Pai ou Responsável:

Na Graded temos duas enfermeiras dentro do campus das 7:30 – 18:00 para cuidar de qualquer problema de saúde ou machucados que possam acontecer durante o dia na escola.

Para poderem medicar os alunos, de acordo com a legislação brasileira, as enfermeiras precisam de uma prescrição médica.

Por favor, solicite a seu médico que preencha esse formulário com as medicações que podem ser administradas a seu filho, se necessário.

Dear Parent or Guardian:

At Graded there are two registered nurses who are in campus from 7:30 am – 6:00 pm to take care of students with any health issues or injuries that occur during the school day.

To comply with Brazilian law, nurses need a medical prescription in order to medicate students. Please ask your physician to fill out this form with the medications that may be administered to your child, if necessary.

INFORMAÇÕES DO ALUNO/ STUDENT'S INFORMATION

(Preenchimento pelo pai/responsável/ Filled out by parent/guardian)

Nome/ Name: _____ Série atual/ Current Grade: _____

Idade/ Age: _____ Data de Nascimento/ DOB: ____/____/____

Tipo Sanguíneo (circule) / Blood Type (circle): **A** **B** **AB** **O** / + -

Contatos de Emergência / Emergency Contacts:

Pai/ Father: _____ Telefone(s) do pai/ Father's phone number(s): _____

Mãe/ Mother: _____ Telefone(s) da mãe/ Mother's phone number(s): _____

Responsável/ Guardian 1: _____ Telefone(s)/ Phone number(s): _____

Responsável/ Guardian 2: _____ Telefone(s)/ Phone number(s): _____

Seu filho está atualmente em tratamento para algum problema de saúde? Qual? Qual o medicamento em uso?

Is your child currently being treated for any health condition? Which one? What medication is being used?

Em caso de emergência meu filho deve ser levado para o seguinte hospital:

In case of emergency, my child should be taken to the following hospital:

PROBLEMAS DE SAÚDE/ HEALTH CONDITIONS

(Preenchimento pelo pai/responsável/ Filled out by parent/guardian)

Assinale **SIM** ou **NÃO** / Mark **YES** or **NO**

	SIM YES	NÃO NO	Informações Úteis / <i>Helpful Information:</i> (medicações utilizadas ou outras informações/ <i>medication used or other information</i>)
Asma ou Bronquite <i>Asthma or Bronchitis</i>			
Problemas cardíacos <i>Heart disease</i>			
Doenças na coluna <i>Spinal disease</i>			
Doenças de sangue <i>Blood disorders</i>			
Reação alérgica a medicamentos* <i>Allergic reaction to drugs*</i>			
Reação alérgica a alimentos* <i>Allergic reaction to food*</i>			
Outras alergias* <i>Other allergies*</i>			
Problemas de visão <i>Visual impairment</i>			
Uso de lentes de contato ou óculos <i>Use of lenses or glasses</i>			
Problemas de audição / Uso de aparelho auditivo <i>Hearing impairment / Use of hearing aid</i>			
Distúrbios Alimentares <i>Eating disorder</i>			
Pressão Alta ou Baixa (especifique) <i>High or Low Blood Pressure (specify)</i>			
Diabetes** <i>Diabetes</i>			
TDAH <i>ADHD</i>			
Depressão <i>Depression</i>			
Ansiedade <i>Anxiety</i>			
Tem alguma doença grave ou síndrome <i>Has any severe illness or syndrome</i>			
Foi submetido a cirurgia <i>Has had any surgery done</i>			
Faz uso de remédios controlados <i>Use of prescribed medication</i>			

Outros/ *Other:*

* Por favor anexe preenchido por um médico o Plano de Emergência para Reações Alérgicas.

* *Please attach the Emergency Plan for Allergic Reactions filled out by a doctor.*

** Por favor anexe preenchido por um médico o Plano Médico de Tratamento de Diabetes

** *Please attach the Diabetes Medical Management Plan filled out by a doctor.*

PRESCRIÇÃO MÉDICA/ DOCTOR'S PRESCRIPTION

(Preenchimento por um Médico com CRM ativo – necessário carimbo/ Filled out by a Doctor with a Brazilian License (CRM) – stamp needed)

Medicamento	SIM	NÃO	Posologia:
Ácido Ascórbico 1g (comprimido efervescente)			
Ácido Mefenâmico 500mg			
Benalet (pastilha)			
Benegrip			
Benegrip Multi (xarope)			
Brometo de Ipratrópio 0,025% (inalatório)			
Bromidrato de Fenoterol 5mg/ml (inalatório)			
Butilbrometo de Escopolamina 10mg			
Butilbrometo de Escopolamina 10mg/ml			
Cloridrato de Fexofenadina 60mg			
Cloridrato de Fexofenadina 6mg/ml (xarope)			
Cloridrato de Metoclopramida 10mg			
Cloridrato de Metoclopramida 4mg/ml (gotas)			
Cloridrato de Ondansetrona 4mg			
Cloridrato de Prometazina 25mg (creme)			
Diclofenaco Dietilamônio 60mg (gel)			
Diclofenaco Potássico 50mg			
Diclofenaco Resinato 15mg/ml (gotas)			
Dicloridrato de Hidroxizina 2mg/ml (xarope)			
Dipirona 500mg/ml (gotas)			
Dipirona 50mg/ml (xarope)			
Dipirona Sódica 1g			
Dipirona Sódica 500mg			
Dramin B6			
Dramin B6 (gotas)			
Eparema (flaconete 10ml)			
Flogoral (pastilha)			
Floratil			
Fludrocortida 0,125mg (creme)			
Hexomedine (colutório)			
Ibuprofeno 200mg			
Ibuprofeno (gotas - 50 ou 100mg)			
Loratadina 10mg			
Loratadina 1mg/ml (xarope)			
Lufta GastroPro (suspensão oral – 10 ml)			
Maalox Plus (comprimido mastigável)			
Maleato de Dexclorfeniramina 2mg			
Nebacetin (pomada)			
Neosaldina			
Paracetamol 200mg/ml (gotas)			
Paracetamol 32mg/ml (xarope)			
Paracetamol 500mg			
Paracetamol 750mg			
Paraqueimol (pomada)			

Passiflora incarnata L. 300mg			
Polissulfato de Mucopolissacarideo 500 (pomada)			
Sal de Frutas ENO (efervescente)			
Simeticona 40mg			
Simeticona 75mg/ml (gotas)			
Tandrilax			
Triancinolona Acetonida 1mg/g (orabase)			
Tylenol Sinus			

Outras medicações (Favor fornecer à escola)/ Other medication (Please provide it to the school):

PRESCRIÇÃO MÉDICA

São Paulo, ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura do Pai/ Father's Signature: _____

São Paulo, ____/____/____

Assinatura da Mãe/ Mother's Signature: _____

São Paulo, ____/____/____