

# Studenti con allergie

## Students with allergies

*Il presente modulo deve essere compilato in inglese dal genitore/chi ne fa le veci di uno studente affetto da un'allergia e deve essere fatto pervenire al Preside o al personale della Direzione all'uopo incaricato. Scopo della raccolta di queste informazioni è di individuare studenti a rischio di una reazione allergica acuta. Le informazioni fornite su questo modulo saranno usate per aiutare la scuola a determinare quali misure devono essere adottate in merito ad uno studente affetto da allergie.*

Gentile genitore/chi ne fa le veci

Nome dello studente: \_\_\_\_\_  
School to insert name of student

Abbiamo stabilito che Suo figlio (o Sua figlia) è affetta da un'allergia/allergie. Suo figlio è allergico a \_\_\_\_\_  
School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

Risponda alle domande che seguono e faccia pervenire il modulo al Preside o al personale della Direzione all'uopo incaricato.

1. Un medico ha diagnosticato le seguenti allergie a carico di mio figlio:

Puntura/morso di insetti (Insect sting/bite)  
*Pregasi specificare:* \_\_\_\_\_

Farmaci (Medication)  
*Pregasi specificare:* \_\_\_\_\_

Alimenti (Food):

<i>Spuntare la casella del "sì o del "no"</i>	Sì (Yes)	No (No)
• Arachidi (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Noci (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Se si tratta di noci, indicare quale tipo*

Type/s of nut/s \_\_\_\_\_

• Pesce (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Crostacei (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soia (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sesamo (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Grano (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Latte (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uovo (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Indicare altri alimenti non elencati sopra:*

Other type of food \_\_\_\_\_

Lattice (Latex)

Altra allergia, *pregasi specificare:*  
 Other allergy \_\_\_\_\_

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- |    | <i>Spuntare la casella del "sì o del "no"</i>   | Sì (Yes)                 | No (No)                  |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Mio figlio è stato ricoverato in ospedale con una reazione allergica acuta<br>My child has been hospitalised with a severe allergic reaction  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | A mio figlio è stato prescritto un autoiniettore di adrenalina (EpiPen® o Anapen®)<br>My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Mio figlio ha un ASCIA Action Plan pe l'anafilassi <sup>1</sup><br>My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis <sup>1</sup><br>(In caso affermativo, lo allegghi a questo modulo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Compilato da (*scriva qui il Suo nome in stampatello*): \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

Firma del genitore/chi ne fa le veci: \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

Data: \_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> Ogni volta che a Suo figlio viene prescritto un autoiniettore di adrenalina, il medico rilascerà un ASCIA Action Plan for Anaphylaxis aggiornato. È importante che tale piano d'azione venga fornito alla scuola.