

Ученици со алергии

Students with allergies

Овој формулар треба да се пополни на англиски јазик од страна на родителот/старателот на ученик со алергија и да му се врати на директорот или овластениот персонал од управата. Училиштето ќе ги пополни првите две линии. Овие информации ги собираме за да ги идентификуваме учениците кои се изложени на опасност од сериозна алергиска реакција. Информациите доставени во овој формулар ќе се користат за да му помогнат на училиштето да одлучи какви мерки треба да преземе во врска со ученикот кој има алергија.

Почитувани родители/старатели

Име на ученикот: _____
 School to insert name of student

Сте утврдиле дека вашето дете има алергија/алергии. Алергијата/алергиите е/се

 School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

Ве молиме одговорете ги подолу наведените прашања и вратете му го формуларот на директорот или овластениот персонал од управата.

1. Доктор дијагностицира дека моето дете е алергично на:

Убод/каснување од инсект (Insect sting/bite)
 Ве молиме наведете поединости: _____

Лекарство (Medication)
 Ве молиме наведете поединости: _____

Храна (Food):
 Ве молиме итикклирајте ги квадратчињата за 'да' или 'не'

	Да (Yes)	Не (No)
• Кикиритки (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ореви, бадеми, итн. (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако одговорите 'да' за 'ореви, бадеми, итн.', ве молиме наведете на кој/кои вид/видови
 Type/s of nut/s _____

• Риба (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Морски плодови (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Соја (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Сусам (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Пченица (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Млеко (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Јајца (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ве молиме назначете било какви други видови на храна кои не се наведени погоре:
 Other type of food _____

Латекс (Latex)

Друга алергија, ве молиме назначете поединости:
 Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

	Да (Yes)	Не (No)
2. <i>Ве молиме штикклирајте ги квадратчињата за 'Да' или 'Не'</i> Моето дете престојуваше во болница со сериозна алергиска реакција My child has been hospitalised with a severe allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. На моето дете му е препишана инјекција за автоматско вшприцување на адреналин (EpiPen® или Anapen®) My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Моето дете има ASCIA Action Plan за анафилакса ¹ My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹ (Ако одоговрите 'да', ве молиме приложете го планот и испратете го со овој формулар)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Формуларот го пополни (ве молиме напишете го овде вашето име со печатни букви):

Name of parent/carer

Потпис на родителот/старателот: _____
Signature of parent/carer

Датум: _____
Date

¹ Секогаш кога на вашето дете ќе му биде препишана нова инјекција за автоматско вшприцување на адреналин, докторот ќе ви даде обновен ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Важно е овој план да го доставите во училиштето.