

एलर्जी भएका विद्यार्थीहरू

Students with allergies

यो फारम एलर्जी भएका विद्यार्थीका अभिभावक/संरक्षकहरूले अंग्रेजीमा भर्नु पर्नेछ र प्रधानाध्यापक तथा तोकिएका उच्च अहोदाका कर्मचारीलाई फिर्ता गर्नु पर्नेछ। पहिलो दुइ खण्डहरू विद्यालयले भर्नेछ। यो जानकारी संकलन गर्नुको कारण गम्भिर एलर्जी भएका विद्यार्थीहरू पतालगउन हो। यस फारममा उपलब्ध गराइएका जानकारीहरूले एलर्जी भएका विद्यार्थीहरूको लागि विद्यालयले कस्तो कदम चाल्नु पर्छ भन्ने निर्णय लिन सघाउ पुर्याउन उपयोग गरिनेछ।

श्रीमान अभिभावक/संरक्षक

विद्यार्थीको नाम: _____

School to insert name of student

तपाइले यहाँहरूको बालबालिकालाई एलर्जी / एलर्जीहरू भएको थाहा पाउनु भयो। एलर्जी / एलर्जीहरू निम्न छन्

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

कृपया निम्न लिखित प्रश्नहरूको उत्तर भरेर र प्रधानाध्यापक तथा तोकिएका उच्च अहोदाका कर्मचारीलाई यो कागज फिर्ता दिनुहोस।

1. डाक्टरले मेरो बालबालिकालाई निम्न प्रकारका एलर्जी भएको निर्धारण गरेको छ:

किराफट्याइग्राले डसेको / टोकेको (Insect sting/bite)

कृपया खुलाउनुहोला: _____

औषधी (Medication)

कृपया खुलाउनुहोला: _____

खानेकुरा (Food):

कृपया दिएको बाकसमा छ वा छैन ठिक लगाउनुहोला

छ (Yes)

छैन (No)

• बदाम (Peanuts)

• ओखर (Nuts)

यदि ओखर (Nuts) लाई छ भन्नुभएको भए, कृपया प्रकारहरू तोक्नुहोला

Type/s of nut/s _____

• माछा (Fish)

• सेलफिस (Shellfish)

• भटमास (Soy)

• तिल (Sesame)

• गहुँ (Wheat)

• दुध (Milk)

• अण्डा (Egg)

कृपया कुनैपनि माथि उल्लेखित खाना बाहेक अन्य भएमा खुलाउनुहोला:

Other type of food _____

रबरका सामाग्री (Latex)

अन्य एलर्जी कृपया खुलाउनुहोला:

Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | कृपया दिएको बाकसमा छ वा छैन ठिक लगाउनुहोला | छ (Yes) | छैन (No) |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2. | मेरो बच्चालाई गम्भिर एलर्जीको कारण अस्पतालमा भर्ना गर्नुपरेको थियो My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | मेरो बच्चालाई एडर्नालाइन अटोइन्जेक्टरको सिफारिस गरेको छ (EpiPen® वा Anapen®) My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | मेरो बच्चालाई एनाफ्लेक्सिस ¹ दिइएको वा दिने योजना छ ¹ My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹ (यदि छ भने, कृपया यसैसाथ संलग्न गरेर फारमसंगै पठाउनुहोला) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

भर्ने व्यक्ति (कृपया तपाईंको नाम यहाँ लेख्नुहोला): _____
Name of parent/carer

अभिभावक/संरक्षकको हस्ताक्षर: _____
Signature of parent/carer

मिति: _____
Date

¹ हरेक पल्ट तपाईंको बालबालिकालाई डाक्टरले नयाँ एडर्नालाइन अटोइन्जेक्टरको सिफारिस गर्दा ASCIA Action Plan for Anaphylaxis को परिमार्जित योजना समेत उल्लेख गर्दछ। सो योजना विद्यालयलाई समेत उपलब्ध गराउनु अपरिहार्य छ।