

# Estudantes com alergias

## Students with allergies

*Este formulário deve ser preenchido em inglês por um dos pais/tutor de um estudante com uma alergia e devolvido ao/à diretor/a ou membro do pessoal administrativo designado. A escola preencherá as duas primeiras perguntas. O propósito da recolha desta informação é o de identificar estudantes que corram o risco de uma reação alérgica grave. A informação fornecida neste formulário será usada para assistir a escola a determinar que ação necessita ser tomada em relação a um estudante com uma alergia.*

Caro/a pai/mãe/tutor

Nome do estudante: \_\_\_\_\_  
School to insert name of student

Identificou a sua criança como tendo uma alergia/alergias. A/s alergia/alergias é/são a  
\_\_\_\_\_  
School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

Por favor preencha as perguntas abaixo e devolva ao/à diretor/a ou membro do pessoal administrativo com delegação.

1. Um médico diagnosticou a minha criança como tendo uma alergia a:

Picadas de insetos (Insect sting/bite)  
Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Medicamentos (Medication)  
Por favor especifique: \_\_\_\_\_

Comidas (Food):  
Por favor escolha as quadrículas para Sim ou Não

	Sim (Yes)	Não (No)
• Amendoins (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nozes (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se respondeu sim a nozes, por favor especifique o/s tipo/s

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

• Peixe (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mariscos (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soja (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sésamo / gergelim (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trigo (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leite (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ovos (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor especifique qualquer outro tipo de comida, não listado acima:

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

Látex (Latex)

Outra alergia, por favor especifique:  
Other allergy \_\_\_\_\_

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- |    | <i>Por favor escolha as quadrículas para Sim ou Não</i>   | Sim (Yes)                | Não (No)                 |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. | A minha criança foi hospitalizada com uma reação alérgica grave<br>My child has been hospitalised with a severe allergic reaction   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Um autoinjeter de adrenalina foi receitado à minha criança (EpiPen® ou Anapen®)<br>My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | A minha criança tem um ASCIA Action Plan para Anafilaxia <sup>1</sup><br>My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis <sup>1</sup><br>(Se sim, por favor anexe-o e devolva-o com o formulário) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Preenchido por (*por favor escreva o seu nome em maiúsculas aqui*): \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

Assinatura do pai/mãe/tutor: \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

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

<sup>1</sup> Cada vez que um novo autoinjeter de adrenalina for receitado à sua criança, o médico emitirá um ASCIA Action Plan for Anaphylaxis atualizado. É importante que este seja o plano fornecido à escola