

ਐਲਰਜੀਆਂ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ

Students with allergies

ਇਹ ਫਾਰਮ ਐਲਰਜੀ ਵਾਲੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦੇ ਮਾਪੇ/ਨਿਗਰਾਨ ਨੇ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਵਿੱਚ ਭਰ ਕੇ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਜਾਂ ਡਿਊਟੀ ਉੱਤੇ ਮੌਜੂਦ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਪਹਿਲੇ ਦੋ ਖਾਨੇ ਸਕੂਲ ਭਰੇਗਾ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰਨ ਦਾ ਮੰਤਵ ਅਜਿਹੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀਆਂ ਦੀ ਸਨਾਖਤ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਕਿਸਮ ਦੇ ਕਿਸੇ ਐਲਰਜਿਕ ਰੀਐਕਸ਼ਨ ਦਾ ਖਤਰਾ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਕੂਲ ਲਈ ਇਹ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਵਜੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਕਿ ਜੇ ਕਿਸੇ ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਹੋ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਤੁਰੰਤ ਕਿਹੜੀ ਕਾਰਵਾਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ।

ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ ਮਾਪਿਓ/ਸੰਭਾਲਕੋ

ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਨਾਮ: _____

School to insert name of student

ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਐਲਰਜੀ/ਐਲਰਜੀਆਂ ਦੀ ਸਨਾਖਤ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਐਲਰਜੀ/ਐਲਰਜੀਆਂ ਇਸ/ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਹੈ/ਹਨ

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

ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਨਿਮਨਲਿਖਤ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਭਰੋ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਸੀਪਲ ਜਾਂ ਡਿਊਟੀ 'ਤੇ ਮੌਜੂਦ ਸਟਾਫ਼ ਨੂੰ ਵਾਪਸ ਕਰ ਦਿਓ।

1. ਇੱਕ ਡਾਕਟਰ ਨੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਇਸ ਐਲਰਜੀ ਤੋਂ ਸਨਾਖਤ ਕੀਤੀ ਹੈ:

ਕੀੜੇ ਦੇ ਡੰਗਣ/ਵੱਢਣ (Insect sting/bite)
ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ: _____

ਦਵਾਈ (Medication)
ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ: _____

ਭੋਜਨ (Food):
ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਡੱਬੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਾਂਹ ਲਈ ਸਹੀ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ

	ਹਾਂ (Yes)	ਨਹੀਂ (No)
--	-----------	-----------

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • ਮੂੰਗਫਲੀਆਂ (Peanuts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਗਿਰੀਆਂ (Nuts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ਜੇ ਗਿਰੀਆਂ ਨੂੰ ਹਾਂ ਹੈ, ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਕਿਸਮਾਂ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ

Type/s of nut/s _____

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • ਮੱਛੀ (Fish) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਸੈਲ-ਫਿਸ਼ (Shellfish) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਸੋਇਆ (Soy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਤਿਲ (Sesame) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਕਣਕ (Wheat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਦੁੱਧ (Milk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ਆਂਡਾ (Egg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਭੋਜਨ ਦੀ ਕਿਸਮ ਬਾਰੇ ਵਿਸਥਾਰਪੂਰਬਕ ਦੱਸੋ ਜਿਹੜਾ ਉਪਰੋਕਤ ਸੂਚੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ:

Other type of food _____

ਬੂਟਿਆਂ ਦਾ ਦੁੱਧ (ਲੈਟੈਕਸ) (Latex)

ਹੋਰ ਐਲਰਜੀ, ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਵਿਸਥਾਰ ਨਾਲ ਦੱਸੋ:

Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | ਹਾਂ (Yes) | ਨਹੀਂ (No) |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <i>ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਡੱਬੀਆਂ ਵਿੱਚ ਹਾਂ ਜਾਂ ਨਾਂਹ ਲਈ ਸਹੀ ਨਿਸ਼ਾਨ ਲਾਓ</i> | | |
| 2. ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਗੰਭੀਰ ਕਿਸਮ ਦੇ ਐਲਰਜਿਕ ਰੀਐਕਸ਼ਨ ਕਾਰਣ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾਖਲ ਕਰਵਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਐਡਰਨਾਲੀਨ ਆਟੋਇੰਜੈਕਟਰ (EpiPen® ਜਾਂ Anapen®) ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਐਨਾਫੀਲੈਕਸਿਸ ਲਈ ਇੱਕ ASCIA Action Plan ਹੈ ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਨਾਲ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਅਤੇ ਫਾਰਮ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਕਰੋ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ਮੁਕੰਮਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਦਾ ਨਾਮ (ਕ੍ਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ ਇੱਥੇ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ): _____
Name of parent/carer

ਮਾਪੇ/ਸੰਭਾਲਕ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ: _____
Signature of parent/carer

ਮਿਤੀ: _____
Date

¹ ਹਰ ਵਾਰ ਜਦੋਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਲਈ ਇੱਕ ਨਵਾਂ ਐਡਰਨਾਲੀਨ ਆਟੋਇੰਜੈਕਟਰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਡਾਕਟਰ ਅਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਇੱਕ ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ਜਾਰੀ ਕਰੇਗਾ। ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਕੂਲ ਨੂੰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਯੋਜਨਾ ਹੈ।