

Ученици који имају алергије

Students with allergies

Овај формулар треба да попуни на енглеском родитељ/старатељ ученика који има алергију/е и да га преда директору или другом овлашћеном члану руководства школе. Школа ће попунити прева два поља. Серха скупљања ових информација је да се идентификују ученици код којих постоји ризик од озбиљне алергијске реакције. Информације које дате у овом формулару ће се употребити да помогну школи да одреди које поступке треба да примени у вези ученика који има алергију.

Поштовани родитељу/старатељу

Име ученика: _____
School to insert name of student

Ви сте назначили да ваше дете има алергију/алергије. Алергичан/на је на

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

Молимо вас да одговорите на ова питања и да формулар предате директору или другом овлашћеном члану руководства школе.

1. Лекар је код мог детета поставио дијагнозу алергије на:

Убод/ујед инсекта (Insect sting/bite)
Наведите више детаља: _____

Лекове (Medication)
Наведите више детаља: _____

Храну (Food):

Обележите квадратиће испод Да или Не	Да (Yes)	Не (No)
• Кикирики (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Коштуњава воће (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ако је одговор Да, молимо вас да наведете на које врсте

Type/s of nut/s _____

• Риба (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Љускарни (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Соја (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Сезам (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Жито (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Млеко (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Јаја (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Наведите и друге врсте хране које нису горе наведене:

Other type of food _____

Латекс (Latex)

Друге алергије, Наведите више детаља:
Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | Обележите квадратиће за Да или Не | Да (Yes) | Не (No) |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Моје дете је било примљено у болницу због озбиљне алергијске реакције
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Мом детету је преписана инјекција за аутоматско убризгавање адреналина (EpiPen® или Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Моје дете има ASCIA Action Plan за случај анафилаксе ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(Ако га има, приложите план и предајте га уз формулар) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Попунио/ла (напишите своје име штампаним словима): _____
Name of parent/carer

Потпис родитеља/старатеља: _____
Signature of parent/carer

Датум: _____
Date

¹ Сваки пут када лекар вашем детету препише нову инјекцију за аутоматско убризгавање адреналина, издаће и ажурирани ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Важно је да школи увек доставите последњи план.