

ஒவ்வாமைகளோடுள்ள மாணவர்கள்

Students with allergies

இந்தப் படிவத்தை, ஓர் ஒவ்வாமையோடுள்ளதோர் மாணவரின் பெற்றோர்/பாதுகாவலர், ஆங்கிலத்தில் நிரப்பி, பாடசாலையின் முதல்வர் அல்லது அதற்கென நியமித்துள்ள நிர்வாக ஊழியருக்குத் திருப்பி அனுப்ப வேண்டும். முதல் இரண்டு களங்களையும் பாடசாலையே நிரப்பிக் கொள்ளும். இத்தகவல்களை சேகரிப்பதன் நோக்கமே, ஓர் கடுமையான ஒவ்வாமை எதிர்வினையின் ஆபத்தில் உள்ள மாணவர்களை இனங்காண்பதே. இந்தப் படிவத்தில் வழங்குகிற தகவல்கள், ஓர் ஒவ்வாமையோடுள்ளதோர் மாணவர் தொடர்பாக என்னென்ன நடவடிக்கைகளை எடுக்க வேண்டும் என்பதைத் தீர்மானிப்பதில் பாடசாலைக்குத் துணைபுரியும்.

அன்பான பெற்றோர்/பாதுகாவலரே

மாணவரின் பெயர்: _____
School to insert name of student

உங்கள் குழந்தைக்கு ஓர் ஒவ்வாமை / ஒவ்வாமைகள் இருப்பதாக நீங்கள் இனங்கண்டுள்ளீர்கள்.
இவ்வொவ்வாமை/ஒவ்வாமைகள்:

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

பின்வருவதற்கானதோர் ஒவ்வாமை எனது குழந்தைக்கு இருப்பதாக ஒரு மருத்துவர் நோய்கண்டறிந்திருக்கிறார்:

1. பின்வருவதற்கானதோர் ஒவ்வாமை எனது குழந்தைக்கு இருப்பதாக ஒரு மருத்துவர் நோய்கண்டறிந்திருக்கிறார்:

பூச்சிக் கொட்டு/கடி (Insect sting/bite)
தயவுசெய்து குறிப்பிடுங்கள்: _____

மருந்து (Medication)
தயவுசெய்து குறிப்பிடுங்கள்: _____

உணவு (Food):
தயவுசெய்து ஆம் அல்லது இல்லை என்பதற்கான கட்டங்களில் சரி குறியிடுங்கள் ஆம் (Yes) இல்லை (No)

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • நிலக்கடலை (Peanuts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • கொட்டைகள் (Nuts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

கொட்டைகளுக்கு ஆம் என்றால், தயவுசெய்து வகைகளைக் குறிப்பிடுங்கள்

Type/s of nut/s _____

- | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • மீன் (Fish) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • ஷெல்மீன் (Shellfish) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • சோயா (Soy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • எள்ளு (Sesame) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • கோதுமை (Wheat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • பால் (Milk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • முட்டை (Egg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

மேலே பட்டியலிடாத வேறு வகை உணவு எதையும் குறிப்பிடுங்கள்.

Other type of food _____

லேட்டெக்ஸ் (Latex)

மற்ற ஒவ்வாமை, தயவுசெய்து குறிப்பிடுங்கள்:

Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

தயவுசெய்து ஆம் அல்லது இல்லை என்பதற்கான கட்டங்களில் சரி குறியிடுங்கள்

ஆம் (Yes) இல்லை (No)

- | | | | |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | ஒரு கடுமையான ஒவ்வாமை எதிர்வினையினால் எனது குழந்தை மருத்துவமனையில் சேர்க்கப்பட்டிருக்கிறார்
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | எனது குழந்தைக்கு ஒரு அட்ரீனலின் ஆட்டோஇஞ்செக்டார் பரிந்துரைக்கப்பட்டிருக்கிறது (EpiPen® அல்லது Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | கடுமையான ஒவ்வாமைக்கான (Anaphylaxis) ஓர் ASCIA Action Plan திட்டம் எனது குழந்தைக்கு உள்ளது ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(ஆம் என்றால், தயவுசெய்து இதனை இணைத்து, இப்படிவத்தைத் திருப்பி அனுப்பி வைப்புகள்) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

பூர்த்தி செய்தவர் (தயவுசெய்து உங்கள் பெயரை இங்கே அச்சிடுங்கள்): _____
Name of parent/carer

பெற்றோர்/கவனித்துக் கொள்பவரின் கையொப்பம்: _____
Signature of parent/carer

தேதி: _____
Date

¹ ஒவ்வொரு முறை உங்கள் குழந்தைக்கு ஒரு புதிய அட்ரீனலின் ஆட்டோஇஞ்செக்டார் பரிந்துரைக்கப்படும் போதும், உங்கள் மருத்துவர், புதிய தகவல்கள் சேர்த்ததோர் ASCIA Action Plan for Anaphylaxis திட்டத்தை உங்களுக்கு வழங்குவார். பாடசாலைக்கு வழங்கப்படுகிற திட்டம் இது தான் என்பது முக்கியமானதாகும்