

Siswa dengan alergi

Students with allergies

Formulir ini harus diisi dalam bahasa Inggris oleh orangtua/pengasuh siswa penderita alergi dan dikembalikan pada kepala sekolah atau staf eksekutif yang ditugaskan. Sekolah akan mengisi kedua bidang pertama. Tujuan mengumpulkan informasi ini adalah untuk mengidentifikasi siswa yang berisiko alergi berat. Informasi yang diberikan dalam formulir ini akan digunakan agar membantu sekolah dalam memutuskan tindakan apa yang perlu diterapkan berkaitan dengan siswa penderita alergi.

Yth. Orangtua/pengasuh

Nama siswa: _____
School to insert name of student

Anda telah mengidentifikasi anak Anda memiliki alergi. Alergi tersebut terhadap

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

Jawablah pertanyaan di bawah ini dan kembalikan pada kepala sekolah atau staf eksekutif yang ditugaskan.

1. Dokter telah mendiagnosa anak saya menderita alergi terhadap:

Sengatan/gigitan serangga (Insect sting/bite)
Sebutkan: _____

Pengobatan (Medication)
Sebutkan: _____

Makanan (Food):

<i>Beri centang pada kotak Ya atau Tidak</i>	Ya (Yes)	Tidak (No)
• Kacang tanah (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kacang-kacangan (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika ya pada kacang-kacangan, sebutkan jenisnya

Type/s of nut/s _____

• Ikan (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kerang (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kedelai (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Wijen (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Terigu/gandum (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Susu (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Telur (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sebutkan jenis makanan lain yang belum terdaftar di atas:

Other type of food _____

Lateks

Alergi lain, *harap sebutkan:*
Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | <i>Beri centang pada kotak Ya atau Tidak</i> | Ya (Yes) | Tidak (No) |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Anak saya pernah menginap di rumah sakit karena reaksi alergi berat
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Anak saya telah diberi resep otoinjektor adrenalin (EpiPen® atau Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Anak saya memiliki ASCIA Action Plan untuk Anafilaksis ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(Jika ya, harap dilampirkan dan dikembalikan bersama formulir) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diisi oleh (*isikan nama Anda dengan huruf cetak di sini*): _____
Name of parent/carer

Tanda tangan orangtua/pengasuh: _____
Signature of parent/carer

Tanggal: _____
Date

¹ Setiap kali anak Anda diberi resep otoinjektor adrenalin baru, dokter akan mengeluarkan ASCIA Action Plan for Anaphylaxis baru. Penting bahwa inilah rencana yang diberikan pada sekolah.