

ບັນດານັກຮຽນທີ່ມີອາການແພ້

Students with allergies

ພອມນີ້ຕ້ອງຂຽນຕື່ມເປັນພາສາອັງກິດ ໂດຍ ພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລຂອງນັກຮຽນທີ່ມີອາການແພ້ ແລະ ສິ່ງກັບຄືນໄປໃຫ້ທ່ານຄູໃຫຍ່ ຫຼື ພະນັກງານຂັ້ນສູງທີ່ໄດ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງໄວ້. ໂຮງຮຽນຈະຂຽນຕື່ມສອງແຖວທຳອິດເອງ. ຈຸດປະສົງຂອງການເກັບກຳຂໍ້ມູນນີ້ ກໍ່ແມ່ນເພື່ອລະບຸບັນດານັກຮຽນທີ່ມີຄວາມສູງຕໍ່ອາການແພ້ອັນ ຮຸນແຮງ. ຂໍ້ມູນທີ່ເອົາໃຫ້ນີ້ຈະຖືກນຳໃຊ້ເພື່ອຊ່ວຍໂຮງຮຽນໃນການຕັດສິນໃຈເຖິງວິທີທີ່ຈະຕ້ອງເຮັດ ກ່ຽວກັບນັກຮຽນທີ່ມີອາການແພ້.

ຜູ້ດູແລ ທີ່ຮັກແພງ

ຊື່ນັກຮຽນ: _____
 School to insert name of student

ທ່ານໄດ້ວ່າລະບຸວ່າ ລູກຂອງທ່ານເປັນຄົນທີ່ມີອາການແພ້/ອາການແພ້ຕ່າງໆ. ອາການແພ້ຕ່າງໆແມ່ນ

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

ກະຮຸນາຂຽນຕື່ມຄຳຖາມທີ່ຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລະ ສິ່ງກັບຄືນໄປໃຫ້ທ່ານຄູໃຫຍ່ ຫຼື ພະນັກງານຂັ້ນສູງທີ່ໄດ້ຖືກແຕ່ງຕັ້ງ.

1. ນາຍໝໍໄດ້ກວດພົບວ່າລູກຂ້າພະເຈົ້າມີອາການແພ້ຕໍ່:

ແມງໂມ້ຕອດ/ກັດ (Insect sting/bite)

ກະຮຸນາບອກຢ່າງລະອຽດ: _____

ຢາກິນ (Medication)

ກະຮຸນາບອກຢ່າງລະອຽດ: _____

ອາຫານ (Food):

ກະຮຸນາໝາຍເຖິງໃສ່ປ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ

	ແມ່ນ (Yes)	ບໍ່ແມ່ນ (No)
• ໝາກຖົ່ວດິນ (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ໝາກຖົ່ວຕ່າງໆ (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 • ໝາກຖົ່ວດິນ (Peanuts) | • ໝາກຖົ່ວຕ່າງໆ (Nuts) |

ຖ້າຕອບວ່າແມ່ນໝາກຖົ່ວຕ່າງໆ, ກະຮຸນາລະບຸປະເພດໝາກຖົ່ວ

Type/s of nut/s _____

 • ປາ (Fish) | | | • ຫອຍ (Shellfish) | | | • ຖົ່ວເຫຼືອງ (Soy) | | | • ໝາກງາ (Sesame) | | | • ເຂົ້າວີດ (Wheat) | | | • ນົມ (Milk) | | | • ໄຂ່ (Egg) | | |

ກະຮຸນາບອກຢ່າງລະອຽດອາຫານປະເພດອື່ນໆທີ່ບໍ່ຢູ່ໃນລາຍບັນຊີຂ້າງເທິງນີ້:

Other type of food _____

ລາເຕັກຊ໌ (Latex)

ອາການແພ້ອື່ນໆ, ກະຮຸນາບອກຢ່າງລະອຽດ

Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

ກະຮຸນາໝາຍເຖິງໃສ່ປ່ອງ ແມ່ນ ຫຼື ບໍ່ແມ່ນ

ແມ່ນ (Yes) ບໍ່ແມ່ນ (No)

- | | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. | ລູກຂ້າພະເຈົ້າເຄີຍໄດ້ນອນໂຮງໝໍຍ້ອນອາການແພ້ອັນຮຸນແຮງ
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ລູກຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກສັ່ງໃຫ້ໃຊ້ອຸປະກອນສັກ ອາເດຣນາລິນ
(EpiPen® ຫຼື Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | ລູກຂ້າພະເຈົ້າມີ ASCIA Action Plan ສໍາລັບອາການແພ້ອັນຮຸນແຮງ ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(ຖ້າວ່າແມ່ນ ກະຮຸນາຄັດເຕີອັນນີ້ໃສ່ກັບພອມແລ້ວສົ່ງໄປຄືນ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ຂຽນຕື່ມໂດຍ (ກະຮຸນາຂຽນຊື່ໃສ່ຢູ່ບ່ອນນີ້): _____
Name of parent/carer

ລາຍເຊັນຂອງພໍ່ແມ່/ຜູ້ດູແລ: _____
Signature of parent/carer

ວັນທີ: _____
Date

¹ ແຕ່ລະຄັ້ງທີ່ລູກທ່ານໄດ້ຖືກສັ່ງໃຫ້ໃຊ້ອຸປະກອນສັກ ອາເດຣນາລິນ ອັນໃໝ່ ນາຍໝໍຈະອອກ ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ອັນປັດຈຸບັນໃຫ້. ມັນເປັນສິ່ງສໍາຄັນວ່າອັນນີ້ເປັນແຜນທີ່ທາງໂຮງຮຽນຈັດໃຫ້.