

Учащиеся с аллергическими заболеваниями Students with allergies

Эта анкета должна быть заполнена на английском языке родителем или опекуном учащегося, страдающего аллергическим заболеванием, и возвращена директору или представителю администрации школы. Первые два пункта заполнит школа. Цель сбора информации – выявить учащихся, которые могут стать жертвами серьезной аллергической реакции. Сведения, указанные в этой анкете, будут использованы, чтобы помочь школе разобраться, какие меры следует предпринять для помощи учащемуся, страдающему аллергическим заболеванием.

Дорогой родитель/опекун

Имя учащегося: _____
School to insert name of student

Вы указали, что у Вашего ребенка есть аллергия/ии. Это аллергия/ии к

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

Пожалуйста, заполните анкету ниже и возвратите ее директору или представителю администрации школы.

1. Врач установил, что у моего ребенка аллергия на:

Укус насекомого (Insect sting/bite)
Какого именно: _____

Лекарство (Medication)
Какое именно: _____

Пищу (Food):
Просим, поставьте «галочку» - да или нет

	Да (Yes)	Нет (No)
• Арахис (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Орехи (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Если Вы отметили орехи, пожалуйста, укажите их разновидность/и

Type/s of nut/s _____

• Рыбу (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Моллюсков (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Сою (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Кунжут (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Пшеницу (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Молоко (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Яйца (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Пожалуйста, укажите иные пищевые продукты, не перечисленные выше:

Other type of food _____

Латекс (Latex)

Иные виды аллергии, укажите, какие именно:
Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | <i>Пожалуйста, поставьте «галочку» - да или нет</i> | Да (Yes) | Нет (No) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Мой ребенок попадал в больницу с тяжелой аллергической реакцией
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Моему ребенку прописали адреналиновый автоинжектор (EpiPen® или Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Для моего ребенка разработан ASCIA Action Plan в отношении анафилактической реакции ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(Если да, приложите его и сдайте вместе с анкетой) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Заполнено (пожалуйста, укажите имя печатными буквами): _____
Name of parent/carer

Подпись родителя/опекуна: _____
Signature of parent/carer

Дата: _____
Date

¹ Каждый раз, когда Вашему ребенку выписывают новый автоинжектор, доктор будет выдавать Вам новый ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Важно, чтобы этот план поступил в школу.