

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

# นักเรียนที่เป็นโรคภูมิแพ้

## Students with allergies

ขอให้ท่านผู้เป็นบิดามารดา/ผู้ดูแลของนักเรียนที่เป็นโรคภูมิแพ้ กรอกแบบฟอร์มนี้เป็นภาษาอังกฤษ แล้วส่งกลับคืนมาที่อาจารย์ใหญ่หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่ได้รับการแต่งตั้ง ทางโรงเรียนจะเป็นผู้กรอกสองช่องแรก เหตุผลของการเก็บข้อมูลเหล่านี้คือ เพื่อที่ทางโรงเรียนจะได้ทราบ ว่านักเรียนคนใดมีความเสี่ยงต่ออาการภูมิแพ้อย่างรุนแรง ข้อมูลที่ได้รับจากแบบฟอร์มนี้จะถูกนำไปช่วยโรงเรียนในการลงมติว่า ควรจะปฏิบัติอย่างไรกับนักเรียน ที่เป็นโรคภูมิแพ้

เรียนบิดามารดา / ผู้ดูแล

ชื่อของนักเรียน :

School to insert name of student

ท่านได้ระบุว่าบุตรของท่านเป็นโรคภูมิแพ้อย่างหนึ่ง / หลายอย่าง โรคภูมิแพ้ดังกล่าวคือ

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

โปรดตอบคำถามทั้งหมดข้างล่างนี้แล้วส่งกลับมาที่อาจารย์ใหญ่หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารที่ได้รับการแต่งตั้ง

1. แพทย์ได้วินิจฉัยว่าบุตรของข้าพเจ้าแพ้ :

แมลงกัด / ต่อย (Insect sting/bite)

โปรดระบุให้ชัดเจน :

ยา (Medication)

โปรดระบุให้ชัดเจน :

อาหาร (Food):

โปรดกาเครื่องหมายถูกในช่อง ใช่หรือ ไม่ใช่

ใช่ (Yes)

ไม่ใช่ (No)

• ถั่วลิสง (Peanuts)

• ถั่วต่างๆ (Nuts)

ถ้ากา ใช่ สำหรับ ถั่วต่างๆ โปรดระบุชนิดของถั่วให้ชัดเจน

Type/s of nut/s

• ปลา (Fish)

• หอย กุ้ง ปู (Shellfish)

• ถั่วเหลือง (Soy)

• งา (Sesame)

• ข้าวสาลี (Wheat)

• นม (Milk)

• ไข่ (Egg)

โปรดระบุอาหารที่แพ้ประเภทอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรายการข้างบนนี้ :

Other type of food

ยางเลเท็กซ์ (Latex)

อาการภูมิแพ้อื่น ๆ โปรดระบุ :

Other allergy

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- |    | โปรดกาเครื่องหมายถูกในช่อง ใช่ หรือ ไม่ใช่   | ใช่ (Yes)                | ไม่ใช่ (No)              |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | บุตรของข้าพเจ้าเคยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลมาแล้วด้วยการมี<br>อาการแพ้อย่างรุนแรง<br>My child has been hospitalised with a severe allergic reaction   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | บุตรของข้าพเจ้าได้รับใบสั่งจากแพทย์ให้ฉีดอะดรีนาลีนด้วยตนเอง<br>(EpiPen® หรือ Anapen®)<br>My child has been prescribed an adrenaline autoinjector<br>(EpiPen® or Anapen®)                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | บุตรของข้าพเจ้ามี ASCIA Action Plan สำหรับอาการแพ้อย่างรุนแรง <sup>1</sup><br>My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis <sup>1</sup><br>(ถ้าใช่ โปรดแนบแผนนี้กับแบบฟอร์มก่อนส่งกลับคืนมาที่โรงเรียน) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ตอบคำถามทั้งหมดโดย (โปรดเขียนชื่อของท่านเป็นตัวพิมพ์ใหญ่ที่นี่): \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

ลายเซ็นของบิดามารดา/ผู้ดูแล: \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

วันเดือนปี: \_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> ทุกครั้งที่บุตรของท่านได้รับใบสั่งแพทย์ใหม่สำหรับที่ฉีดอะดรีนาลีนด้วยตนเอง แพทย์จะออก ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ฉบับปัจจุบันให้ เป็นสิ่งสำคัญที่ท่านต้องให้แผนการรักษานี้แก่โรงเรียน