

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Trường học: _____ Lớp: _____ Ngày: _____

Thông tin sau đây sẽ giúp y tá xác định bất kỳ nhu cầu đặc biệt nào cho học sinh của quý vị ở trường. Sau khi hoàn thành, hãy gửi lại mẫu đơn này cho y tá trường học của quý vị. Nếu dị ứng của học sinh không liên quan đến thực phẩm, hãy bỏ qua các câu hỏi liên quan đến thực phẩm.

1. Học sinh dị ứng với thực phẩm gì? Đậu phộng Các loại hạt Lúa mì * Trứng * Trứng trong bánh nướng*
 Sữa/Sản phẩm từ sữa * Đậu nành* Mè * Cá Động vật có vỏ
 Nhựa cao su Ong/côn trùng đốt Khác: _____

(* có nghĩa là Đơn thuốc theo chế độ ăn kiêng được chỉ định)

2. Bác sĩ gia đình của con quý vị có cho quý vị biết tình trạng dị ứng này có thể đe dọa đến tính mạng không? KHÔNG CÓ
3. Học sinh của quý vị đã được kê toa EpiPen chưa? KHÔNG CÓ
4. Học sinh của quý vị đã làm xét nghiệm dị ứng chưa? KHÔNG CÓ, khi nào & ở đâu: _____
5. **Học sinh của quý vị có bị hen suyễn không?** KHÔNG CÓ, nguyên nhân gây ra: _____
 Họ có kê đơn thuốc trị hen suyễn không? KHÔNG CÓ, Loại gì (hàng ngày & khi cần thiết): _____
6. Học sinh của quý vị có bị dị ứng với môi trường hoặc theo mùa không? KHÔNG CÓ, với cái gì: _____
 Họ có dùng thuốc dị ứng không? KHÔNG CÓ, Loại gì (hàng ngày & khi cần thiết): _____

LIÊN QUAN ĐẾN THỰC PHẨM

7. Học sinh của quý vị sẽ: Chỉ mang đồ ăn từ nhà Mua bữa ăn ở trường Kết hợp bữa ăn vừa ở nhà và vừa mua ở trường
 Yêu cầu không mua (không cho phép mua bữa ăn ở trường)

LỊCH SỬ PHẢN ỨNG

8. **Học sinh của quý vị có phản ứng với chất gây dị ứng bằng cách:** Ăn/ Nuốt Thức ăn Chạm vào Thức ăn Người hoặc Hít phải Thức ăn
9. Học sinh của quý vị được phát hiện bị dị ứng lần đầu tiên lúc bao nhiêu tuổi? _____
10. Học sinh của quý vị đã có phản ứng bao nhiêu lần? Chưa bao giờ Một lần Nhiều hơn một lần: _____
 Ngày bị phản ứng cuối cùng: _____
11. Phản ứng xảy ra bao lâu sau khi tiếp xúc với chất gây dị ứng? Trong vài giây Trong vài phút Trong vài giờ
 Vài ngày không xác định Khác: _____
12. Xin vui lòng cho biết phản ứng (cụ thể, các dấu hiệu/triệu chứng sớm và muộn, thời gian kể từ khi tiếp xúc, v.v.): _____

13. Quý vị đã cho thuốc chưa? KHÔNG CÓ, Loại gì? _____
 Thuốc có giúp cải thiện được phản ứng không? CÓ KHÔNG, giải thích: _____
14. **Trước đây đã từng tiêm EpiPen chưa?** KHÔNG CÓ, đã tiêm bao nhiêu liều trước khi các triệu chứng được cải thiện?_
15. **Học sinh của quý vị đã bao giờ cần điều trị tại phòng khám hoặc bệnh viện vì phản ứng dị ứng chưa** KHÔNG CÓ, giải thích: _____

16. Theo thời gian những phản ứng này: Vẫn như cũ Trở nên tốt hơn Trở nên nặng hơn Không rõ

TỰ CHỦ VỀ THỰC PHẨM TẠI TRƯỜNG/ KIỂM SOÁT DỊ ỨNG TẠI TRƯỜNG

17. Học sinh của quý vị có:

Biết dị ứng của họ là gì không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Biết cách đọc nhãn thực phẩm và xác định xem thực phẩm có phải là chất gây dị ứng không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> N/A

Tự chủ tránh các loại thực phẩm gây dị ứng?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> N/A
Học sinh của quý vị có yêu cầu Chỗ ngồi có ý thức về Dị ứng trong Phòng ăn/Lớp học không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> N/A
Biết không nên chia sẻ hoặc trao đổi thực phẩm/đồ dùng?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> N/A
Biết nói với người lớn nếu các em đã tiếp xúc hoặc đang có các triệu chứng không?	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
Biết cách tự kiểm soát phản ứng dị ứng (lớp 5 trở lên) (*Cần có đơn thuốc và sự cho phép của y tá, phụ huynh và bác sĩ gia đình).	<input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG

PHỐI HỢP CHĂM SÓC

18. Liệt kê tên bác sĩ gia đình và các chuyên gia liên quan đến việc chăm sóc cho con của quý vị:

Tên bác sĩ	Bác sĩ chuyên khoa nào	Ngày Khám Lần cuối	Điện thoại

19. Học sinh của quý vị có bảo hiểm y tế không? KHÔNG CÓ, bảo hiểm nào? _____

20. Quý vị có gặp khó khăn khi mua thuốc chống dị ứng hoặc kết nối với bác sĩ không? KHÔNG CÓ

21. Học sinh của quý vị có tham gia vào các hoạt động hoặc thể thao do nhà trường tài trợ ngoài giờ học không?

KHÔNG CÓ *, hoạt động hoặc thể thao nào? _____

22. **Đối với cấp Tiểu học** : Chúng tôi có được phép cho học sinh trong lớp biết về chứng dị ứng này không? KHÔNG CÓ

23. **Khi đi xe buýt đến trường hoặc về nhà hoặc đi dã ngoại, học sinh của quý vị có nên ngồi phía trước gần tài xế không?**

KHÔNG CÓ

24. Liệt kê những LIÊN LẠC KHẨN CẤP cho học sinh của quý vị :

(tên) (mối quan hệ)	(số điện thoại)	(số điện thoại)
(tên) (mối quan hệ)	(số điện thoại)	(số điện thoại)

KẾ HOẠCH Ở TRƯỜNG HỌC

Dị ứng với:	Mức độ nghiêm trọng:	Triệu chứng:	Ghi chú
	<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nghiêm trọng <input type="checkbox"/> Đe dọa tính mạng	<input type="checkbox"/> Ngứa <input type="checkbox"/> Nổi mề đay <input type="checkbox"/> Phát ban <input type="checkbox"/> Ngứa ran <input type="checkbox"/> Sưng, Chỗ nào : _____ <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/> thở khò khè <input type="checkbox"/> khàn giọng <input type="checkbox"/> khó thở <input type="checkbox"/> chóng mặt <input type="checkbox"/> buồn nôn <input type="checkbox"/> chuột rút <input type="checkbox"/> nôn mửa <input type="checkbox"/> tiêu chảy <input type="checkbox"/> bệnh chàm <input type="checkbox"/> triệu chứng khác: _____	
	<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nghiêm trọng <input type="checkbox"/> Đe dọa tính mạng	<input type="checkbox"/> Ngứa <input type="checkbox"/> Nổi mề đay <input type="checkbox"/> Phát ban <input type="checkbox"/> Ngứa ran <input type="checkbox"/> Sưng, Chỗ nào: _____ <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/> thở khò khè <input type="checkbox"/> khàn giọng <input type="checkbox"/> khó thở <input type="checkbox"/> chóng mặt <input type="checkbox"/> buồn nôn <input type="checkbox"/> chuột rút <input type="checkbox"/> nôn mửa <input type="checkbox"/> tiêu chảy <input type="checkbox"/> bệnh chàm <input type="checkbox"/> triệu chứng khác : _____	
	<input type="checkbox"/> Nhẹ <input type="checkbox"/> Trung bình <input type="checkbox"/> Nghiêm trọng <input type="checkbox"/> Đe dọa tính mạng	<input type="checkbox"/> Ngứa <input type="checkbox"/> Nổi mề đay <input type="checkbox"/> Phát ban <input type="checkbox"/> Ngứa ran <input type="checkbox"/> Sưng, Chỗ nào _____ <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/> thở khò khè <input type="checkbox"/> khàn giọng <input type="checkbox"/> khó thở <input type="checkbox"/> chóng mặt <input type="checkbox"/> buồn nôn <input type="checkbox"/> chuột rút <input type="checkbox"/> nôn mửa <input type="checkbox"/> tiêu chảy <input type="checkbox"/> bệnh chàm <input type="checkbox"/> triệu chứng khác : _____	

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ & Mối quan hệ**Ngày****Địa chỉ Email**