

Студент: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_ Школа: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Наведена нижче інформація допоможе медсестрі визначити будь-які особливі потреби вашого учня в школі. Після заповнення поверніть цю форму шкільній медсестрі. Якщо алергія вашої дитини не є харчовою, пропустіть питання, пов'язані з їжею.

1. На що у вашого студента є алергія?

- Арахіс                       Горіхи                       Пшениця\*                       Ціле яйце\*                       Яйце в випечці\*  
 Молоко/молочні продукти\*                       Соя\*                       Кунжут\*                       Риба                       Молюски  
 Латекс                       Укуси бджіл/комах                       Інша: \_\_\_\_\_

(\* означає, що вказана Форма призначення дієти)

2. Чи казав вам лікар вашого студента, що ця алергія може бути небезпечною для життя?  НІ  ТАК3. Чи прописали вашому учневі ЕпіПен?  НІ  ТАК4. Чи проходив ваш учень тестування на алергію?  НІ  ТАК, коли і де: \_\_\_\_\_5. Чи має ваш студент астму?  НІ  ТАК, тригери: \_\_\_\_\_Чи прописані ліки від астми?  НІ  ТАК, які (щоденно або за потребою): \_\_\_\_\_6. Чи є у вашого учня алергія на зовнішні подразники або сезонні алергії?  НІ  ТАК, на що: \_\_\_\_\_Чи приймають вони ліки від алергії?  НІ  ТАК, які (щоденно або за потребою): \_\_\_\_\_

### ПОВ'ЯЗАНІ З ЇЖЕЮ

7. Чи буде ваш учень:

- Приносити їжу тільки з дому                       Купувати їжу у школі                       Комбінація домашнього та шкільного харчування  
 Вимагає обмежень на покупки (шкільне харчування не дозволяється)

### ІСТОРИЯ РЕАКЦІЙ

8. Чи реагував ваш учень на алерген коли:  Їв/ковтав їжу                       Торкався їжі                       Нюхав або вдихав їжу

9. Скільки років було вашому студенту, коли вперше виявили алергію? \_\_\_\_\_

10. Скільки разів у вашого учня була реакція?  Ніколи                       Один раз                       Неодноразово: \_\_\_\_\_

Дата останньої реакції: \_\_\_\_\_

11. Як швидко виникла реакція після контакту з алергеном?  Секунди                       Хвилини                       Години                       Дні                       Невідомо                      

Інше: \_\_\_\_\_

12. Будь ласка, опишіть реакцію (будьте точними, ранні та пізні ознаки/симптоми, час після контакту тощо): \_\_\_\_\_

13. Чи давали ліки?  НІ  ТАК, які? \_\_\_\_\_Чи допомогли ліки усунути реакцію?  ТАК  НІ, поясніть: \_\_\_\_\_14. Чи використовували ЕпіПен раніше?  НІ  ТАК, скільки доз було введено до зникнення симптомів? \_\_\_\_\_

15. Ваш студент коли-небудь потребував лікування в клініці або лікарні через алергічну реакцію?

 НІ  ТАК, опишіть: \_\_\_\_\_16. Реакції з часом:  Залишаються незмінними                       Стають краще                       Стають гірше                       Невідомо

### ХАРЧОВА НЕЗАЛЕЖНІСТЬ У ШКОЛІ / КОНТРОЛЬ АЛЕРГІЇ В ШКОЛІ

17. Чи ваш учень:

Знає, на що у них алергія?

 ТАК  НІ

Знає, як читати етикетки на продуктах харчування та визначати, чи не містить вони алергенів?	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> N/A
Самостійно уникає продуктів, які викликають алергічну реакцію?	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> N/A
<b>Чи необхідно вашому студенту сидіти за окремим столом з урахуванням алергії у кафетерії/класі?</b>	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> N/A
Знає, що не можна ділитися чи обмінюватися їжею/посудом?	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/> N/A
Знає, як повідомити дорослому, якщо він зазнав впливу алергену або відчуває симптоми?	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
Знає, як самостійно контролювати алергічну реакцію (5 клас і старше) (*Потребує рецепту на ліки та дозволу від медсестри, батьків і лікаря).	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ

### **КООРДИНАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

18. Перелічіть основного лікаря та спеціалістів, які беруть участь у медичному обслуговуванні вашої дитини:

Лікар	Тип провайдера	Дата останнього візиту	Телефон

19. Чи є у вашого студента медична страховка?  НІ  ТАК, яка? \_\_\_\_\_

20. Ви маєте труднощі з отриманням ліків від алергії або пошуком лікаря?  НІ  ТАК

21. Чи бере ваш учень участь у шкільних заходах або займається спортом у позаурочний час?

НІ  ТАК\*, у яких? \_\_\_\_\_

22. Для початкової школи: Чи даєте ви дозвіл на те, щоб інші учні в класі знали про цю алергію?  НІ  ТАК

23. **Чи потрібно вашій дитині сидіти в автобусі спереду, ближче до водія, коли вона їде до школи, зі школи, або на екскурсії?**  НІ  ТАК

24. Перелічіть ЕКСТРЕННІ КОНТАКТИ для вашого учня:

(ім'я) (відношення до студента)	(номер телефону)	(номер телефону)
(ім'я) (відношення до студента)	(номер телефону)	(номер телефону)

**ШКІЛЬНЕ ПЛАНУВАННЯ**

<b>Алергія на:</b>	<b>Серйозність:</b>	<b>Симптоми:</b>	<b>Примітки</b>
	<input type="checkbox"/> Легка <input type="checkbox"/> Помірна <input type="checkbox"/> Тяжка <input type="checkbox"/> Небезпечна для життя	<input type="checkbox"/> свербіж <input type="checkbox"/> кропив'янка <input type="checkbox"/> висип <input type="checkbox"/> поколювання <input type="checkbox"/> набряк, де: _____ <input type="checkbox"/> кашель <input type="checkbox"/> хрипи <input type="checkbox"/> охриплість <input type="checkbox"/> ускладнене дихання <input type="checkbox"/> запаморочення <input type="checkbox"/> нудота <input type="checkbox"/> судоми <input type="checkbox"/> блювота <input type="checkbox"/> діарея <input type="checkbox"/> екзема <input type="checkbox"/> інше: _____	
	<input type="checkbox"/> Легка <input type="checkbox"/> Помірна <input type="checkbox"/> Тяжка <input type="checkbox"/> Небезпечна для життя	<input type="checkbox"/> свербіж <input type="checkbox"/> кропив'янка <input type="checkbox"/> висип <input type="checkbox"/> поколювання <input type="checkbox"/> набряк, де: _____ <input type="checkbox"/> кашель <input type="checkbox"/> хрипи <input type="checkbox"/> охриплість <input type="checkbox"/> ускладнене дихання <input type="checkbox"/> запаморочення <input type="checkbox"/> нудота <input type="checkbox"/> судоми <input type="checkbox"/> блювота <input type="checkbox"/> діарея <input type="checkbox"/> екзема <input type="checkbox"/> інше: _____	
	<input type="checkbox"/> Легка <input type="checkbox"/> Помірна <input type="checkbox"/> Тяжка <input type="checkbox"/> Небезпечна для життя	<input type="checkbox"/> свербіж <input type="checkbox"/> кропив'янка <input type="checkbox"/> висип <input type="checkbox"/> поколювання <input type="checkbox"/> набряк, де: _____ <input type="checkbox"/> кашель <input type="checkbox"/> хрипи <input type="checkbox"/> охриплість <input type="checkbox"/> ускладнене дихання <input type="checkbox"/> запаморочення <input type="checkbox"/> нудота <input type="checkbox"/> судоми <input type="checkbox"/> блювота <input type="checkbox"/> діарея <input type="checkbox"/> екзема <input type="checkbox"/> інше: _____	

**Підпис одного з батьків/опікунів та відношення до студента** **Дата**  
**пошти**

**Адреса електронної**