

الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ المدرسة: _____ الصف: _____ تاريخ: _____
ستساعد المعلومات التالية الممرضة في تحديد أي احتياجات خاصة لطالبك في المدرسة. بمجرد الانتهاء ، أعد هذا النموذج إلى ممرضة مدرستك. إذا لم تكن حساسية الطالب متعلقة بالطعام ، فتخط
الأسئلة المتعلقة بالطعام.

1. ما هي حساسية الطالب تجاهه؟
في المنتجات المخبوزة*
 الفستق شجرة المكسرات قمح* بيضة كاملة* البيض
 الحليب / منتجات الألبان* فول الصويا* سمسم* سمك المحار
 اللاتكس لسعات النحل / الحشرات آخر: _____

(* يعني أنه يشار إلى نموذج وصفة غذائية)

2. هل أخبرك مقدم الرعاية الصحية لطالبك أن هذه الحساسية قد تكون مهددة للحياة؟ نعم لا
3. هل تم وصف EpiPen لطالبك؟ نعم لا
4. هل خضع الطالب لاختبار الحساسية؟ لا نعم، متى وأين: _____
5. هل يعاني الطالب من الربو؟ لا نعم ، المشغلات: _____
هل وصفوا دواء الربو؟ لا نعم ، ماذا (يومية وحسب الحاجة): _____
6. هل يعاني الطالب من الحساسية البيئية أو الموسمية؟ لا نعم ، لماذا: _____
هل يتناولون أدوية الحساسية؟ لا نعم ، ماذا (يومية وحسب الحاجة): _____

الأغذية ذات الصلة

7. هل سيقوم الطالب بما يلي: إحضار الطعام من المنزل فقط شراء الوجبات المدرسية مزيج من الوجبات المنزلية والمدرسية يتطلب إيقاف عمليات الشراء
(لا يسمح بالوجبات المدرسية)

تاريخ رد الفعل

8. هل تفاعل الطالب مع مسببات الحساسية من خلال: تناول / تناول الطعام لمس الطعام شم أو استنشاق الطعام
9. كم كان عمر الطالب الخاص بك عندما الحساسية تم اكتشافه لأول مرة؟ _____

كم مرة كان لدى الطالب رد فعل؟ أبدا مرة أكثر من مرة: _____

تاريخ آخر رد فعل: _____

متى حدث رد الفعل بعد ملامسة مسببات الحساسية؟ ثواني دقائق ساعات أيام غير معروفة أخرى: _____

يرجى وصف رد الفعل (كن محددا ، علامات / أعراض مبكرة ومتأخرة ، وقت التعرض ، إلخ): _____

هل أعطيت دواء؟ لا نعم، ماذا؟ _____

هل حل الدواء رد الفعل؟ نعم لا ، اشرح: _____

هل تم إعطاء EpiPen من قبل؟ لا نعم ، كم عدد الجرعات التي تم إعطاؤها قبل حل الأعراض؟ _____

هل احتاج الطالب من قبل إلى علاج في عيادة أو مستشفى لرد فعل تحسسي؟ لا نعم ، صف: _____

مع مرور الوقت هي ردود الفعل: البقاء على حاله التحسن يزداد سوءا غير معروف

	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تعرف على كيفية قراءة ملصقات الطعام وتحديد ما إذا كان الطعام خاليا من مسببات الحساسية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N / A
تجنب بشكل مستقل الأطعمة التي تسبب الحساسية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N / A
هل يحتاج الطالب إلى مقاعد مدرّكة للحساسية في الكافتيريا / الفصل الدراسي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N / A
لا تعرف مشاركة أو تداول المواد الغذائية / الأواني؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N / A
هل تعرف أن تخبر شخصا بالغا إذا تعرض أو يعاني من أعراض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تعرف على كيفية الإدارة الذاتية لرد الفعل التحسسي (الصف 5 وما فوق) (* يتطلب طلب الدواء وإذن من الممرضة والوالد ومقدم الرعاية الصحية).	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

.12 تنسيق الرعاية

.13 الهاتف

الهاتف	تاريخ آخر ظهور	نوع المزود	الهاتف

هل لدى الطالب تأمين صحي؟ نعم لا ، أي واحد؟ _____

هل تواجه تحديات في الحصول على أدوية الحساسية أو التواصل مع الطبيب؟ نعم لا

.14 هل يشارك الطالب في الأنشطة التي ترعاها المدرسة أو الرياضة خارج اليوم الدراسي؟

نعم لا*، ماذا؟ _____

.15 للمرحلة الابتدائية: هل لدينا إذنك للطلاب في الفصل لمعرفة هذه الحساسية؟ نعم لا

عند ركوب الحافلة من وإلى المدرسة أو في الرحلات الميدانية ، هل يجب أن يجلس الطالب في المقعدة بالقرب من السائق؟ نعم لا

.16 (رقم الهاتف)

(الاسم) (علاقة)	(رقم الهاتف)	(رقم الهاتف)	(الاسم) (علاقة)
(الاسم) (علاقة)	(رقم الهاتف)	(رقم الهاتف)	(الاسم) (علاقة)
(الاسم) (علاقة)	(رقم الهاتف)	(رقم الهاتف)	(الاسم) (علاقة)

تلاحظ	الأعراض:	شده:	هل يحتاج الطالب إلى مقاعد مدركة للحساسية في الكافتيريا / الفصل الدراسي؟
	<input type="checkbox"/> الحكة <input type="checkbox"/> خلايا النحل <input type="checkbox"/> طفح <input type="checkbox"/> وخز <input type="checkbox"/> تورم ، حيث: _____ <input type="checkbox"/> السعال <input type="checkbox"/> ازيز <input type="checkbox"/> بحاح <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس <input type="checkbox"/> دوخة <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/> تشنجات <input type="checkbox"/> القيء <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> اكزيما <input type="checkbox"/> آخر: _____	<input type="checkbox"/> خفيف <input type="checkbox"/> معتدل <input type="checkbox"/> شديد <input type="checkbox"/> يهدد الحياة	
	تعرف على كيفية قراءة ملصقات الطعام وتحديد ما إذا كان الطعام خاليا من مسببات الحساسية؟ الحكة <input type="checkbox"/> خلايا النحل <input type="checkbox"/> طفح <input type="checkbox"/> وخز <input type="checkbox"/> تورم ، حيث: _____ <input type="checkbox"/> السعال <input type="checkbox"/> ازيز <input type="checkbox"/> بحاح <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس <input type="checkbox"/> دوخة <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/> تشنجات <input type="checkbox"/> القيء <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> اكزيما <input type="checkbox"/> آخر: _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تهدد الحياة <input type="checkbox"/> بشدة	
	هل يحتاج الطالب إلى مقاعد مدركة للحساسية في الكافتيريا / الفصل الدراسي؟ الحكة <input type="checkbox"/> خلايا النحل <input type="checkbox"/> طفح <input type="checkbox"/> وخز <input type="checkbox"/> تورم ، حيث: _____ <input type="checkbox"/> السعال <input type="checkbox"/> ازيز <input type="checkbox"/> بحاح <input type="checkbox"/> صعوبة في التنفس <input type="checkbox"/> دوخة <input type="checkbox"/> غثيان <input type="checkbox"/> تشنجات <input type="checkbox"/> القيء <input type="checkbox"/> إسهال <input type="checkbox"/> اكزيما <input type="checkbox"/> آخر: _____	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> N / A <input type="checkbox"/> شديد <input type="checkbox"/> يهدد الحياة	

عنوان البريد الإلكتروني

تاريخ

توقيع الوالد / الوصي والعلاقة