

Tên học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Trường học: \_\_\_\_\_ Lớp: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

*Thông tin được thu thập từ mẫu đơn này sẽ CẬP NHẬT cho y tá về tình trạng sức khỏe của học sinh nhằm mục đích lập kế hoạch học tập. 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.*

- Nếu học sinh của quý vị KHÔNG CÒN yêu cầu dùng EpiPen vì dị ứng, quý vị phải gửi giấy xác nhận của bác sĩ gia đình cho y tá của trường để ngừng chương trình sức khỏe và thuốc của trường. Nếu điều này áp dụng cho quý vị, hãy đánh dấu vào ô CÓ ở đây:

1. Học sinh dị ứng với thực phẩm gì?  Đậu phộng  Các loại hạt  Lúa mì \*  Trứng \*  Trứng trong các sản phẩm 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. Trong năm qua, có điều gì thay đổi liên quan đến dị ứng không (tức là dị ứng mới hoặc đã khỏi, thay đổi triệu chứng, thay đổi thuốc, xét nghiệm dị ứng mới, v.v.):  KHÔNG  CÓ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. Lần kiểm tra dị ứng gần đây nhất của học sinh là khi nào và ở đâu? \_\_\_\_\_
4. Học sinh của quý vị có bị dị ứng gì trong năm qua không?  KHÔNG  CÓ, mô tả (Xin ghi cụ thể: Xảy ra khi nào? Phản ứng xảy ra nhanh như thế nào? Các triệu chứng? Quý vị đã làm gì? Phản ứng đó có cần chăm sóc y tế không?): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. Theo thời gian những phản ứng này:  Vẫn như cũ  Trở nên tốt hơn  Trở nên nặng hơn  Không có phản ứng mới
6. Học sinh của quý vị phản ứng với chất gây dị ứng bằng cách:  Ăn/ Nuốt Thức ăn  Chạm vào thức ăn  Ngửi/Hít phải thức ăn
7. Nếu học sinh của quý vị có bị dị ứng với môi trường hoặc theo mùa không, chúng là gì?  N/A: \_\_\_\_\_  
 Họ có dùng thuốc dị ứng không?  KHÔNG  CÓ, Loại gì (hàng ngày & khi cần thiết): \_\_\_\_\_
8. TỰ CHỦ: 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 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 không?	<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

9. Liên quan đến Thực phẩm:

- A. 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)
- B. Quý vị có xem thực đơn bữa trưa hàng tháng nếu học sinh mua bữa ăn ở trường không?  KHÔNG  CÓ

10. CÁC HOẠT ĐỘNG DO TRƯỜNG TÀI TRỢ & CÁC CHUYẾN ĐI THỰC ĐỊA:

- Học sinh của quý vị có tham gia vào các hoạt động, sự kiện hoặc thể thao do nhà trường tài trợ ngoài giờ học không?  
 KHÔNG  CÓ
- Nếu CÓ, hoạt động hoặc thể thao nào? \_\_\_\_\_

11. PHƯƠNG TIỆN ĐI LẠI:

- 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

12. 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)

13. 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

14. Học sinh của quý vị có bảo hiểm y tế không?  KHÔNG  CÓ, bảo hiểm nào? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ & Mối quan hệ

\_\_\_\_\_  
Ngày Địa chỉ Email