

Студент: _____ Дата народження: _____

Школа: _____ Клас: _____ Дата: _____

Інформація, отримана з цієї форми, допоможе медсестрі оновити інформацію про стан здоров'я вашого учня з метою планування навчання у школі. Після заповнення поверніть цю форму шкільній медсестрі. Якщо алергія вашого учня не є харчовою, пропустіть питання, пов'язані з їжею.

- Якщо ваш учень більше не потребує ЕпіПен через алергію, ви повинні подати шкільній медсестрі довідку від лікаря, щоб припинити дію його шкільного медичного плану та ліків. Якщо це стосується вас, поставте ТАК тут:

1. На що у вашого студента є алергія? Арахіс Горіхи Пшениця* Ціле яйце* Яйце у випічці*
 Молоко/молочні продукти* Соя* Кунжут* Риба Молюски Латекс Укуси бджіл/комах
 Інше: _____
 (* означає, що вказана Форма призначення дієти)

2. Чи змінилося щось стосовно алергії за останній рік (нові або вилікувані алергії, зміна симптомів, зміна ліків, нове тестування на алергію тощо)? НІ ТАК: _____

3. Коли і де ваш студент востаннє проходив алергологічне тестування? _____

4. Чи були у вашого учня алергічні реакції протягом останнього року? НІ ТАК, опишіть (Будьте точні: Коли це було? Як швидко виникла реакція? Симптоми? Що ви робили? Чи потрібна була медична допомога?): _____

5. З часом реакції: Залишаються незмінними Покращуються Погіршуються Немає нових реакцій

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

7. Якщо у вашого учня є алергія на зовнішні подразники або сезонна алергія, то яка? N/A: _____
 Чи приймають вони ліки від алергії? НІ ТАК, які (щоденно або за потребою): _____

8. НЕЗАЛЕЖНІСТЬ: Чи ваш студент:

Знає, на що у них алергія?	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
Знає, як читати етикетки на продуктах харчування та визначати, чи не містять 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
Чи необхідно вашому студенту сидіти за окремим столом з урахуванням алергії у кафетерії/класі?	<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

9. Пов'язані з їжею:

A. Чи буде ваш учень

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

B. Чи переглядаєте ви кожного місяця меню ланчу, якщо ваш учень купує шкільне харчування? НІ ТАК

10. ШКІЛЬНІ ЗАХОДИ ТА ЕКСКУРСІЇ:

- Чи буде ваш учень брати участь у шкільних заходах, подіях або заняттях спортом у позаурочний час? НІ ТАК
- Якщо ТАК, у яких? _____

11. ТРАНСПОРТУВАННЯ:

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

12. Перелічіть ЕКСТРЕННІ КОНТАКТИ для вашого учня:

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

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

Лікар	Спеціальність	Дата останнього візиту	Телефон

14. Чи є у вашого студента медична страховка? НІ ТАК, яка? _____

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

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

Дата

Адреса