

Nome do Estudante: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Série/Ano: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

*As informações coletadas neste formulário ATUALIZARÃO a enfermeira sobre a condição de saúde do seu aluno para fins de planejamento escolar. Uma vez concluído, devolva este formulário à enfermeira da sua escola. Se a alergia do seu aluno não estiver relacionada a alimentos, pule as perguntas relacionadas a alimentos.*

- Se sua criança NÃO PRECISA MAIS de uma EpiPen para sua alergia, você deve enviar um atestado do seu provedor de saúde para a enfermeira da escola para que se interrompa o plano de saúde escolar e a medicação. Se isso se aplica a você, marque SIM aqui:

1. 1. A que sua criança é alérgica?  Amendoim  Nozes  Trigo\*  Ovo\*  Ovo em produtos assados\*  
 Leite/Laticínios\*  Soja\*  Gergelim\*  Peixe  Frutos do mar  Látex  Picadas de abelha/inseto  Outro: \_\_\_\_\_

(\* significa que um Formulário de Prescrição Dietética é indicado.)

2. No último ano, houve alguma mudança em relação à alergia (ou seja, novas alergias, alergias resolvidas, mudança nos sintomas, mudança na medicação, novos testes de alergia, etc.)?  NÃO  SIM: \_\_\_\_\_

3. Quando e onde foi o último teste de alergia da sua criança? \_\_\_\_\_

4. Sua criança teve alguma reação alérgica no último ano?  NÃO  SIM, descreva (Seja específico: Quando foi? Quão rapidamente ocorreu a reação? Quais foram os sintomas? O que você fez? Foi necessário cuidado médico?): \_\_\_\_\_

5. Com o tempo, as reações estão:  Permanecendo iguais  Melhorando  Piorando  Sem novas reações

6. Sua criança reagiu ao alérgeno ao:  Comer/Ingerir alimento  Tocar alimento  Cheirar/Inalar alimento

7. Se sua criança tem alergias ambientais ou de estação, quais são elas?  N/A: \_\_\_\_\_  
Eles tomam medicamentos para alergia?  NÃO  SIM, quais (diariamente e conforme necessário): \_\_\_\_\_

8. INDEPENDÊNCIA: Sua criança...

Sabe qual é sua alergia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Sabe ler rótulos de alimentos e determinar se um alimento é livre de alérgenos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
Evita independentemente os alimentos que causam reações alérgicas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
Sua criança requer Assentos com Consciência de Alergia na Cafeteria/Sala de Aula?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A

Sabe não compartilhar ou trocar comida/utensílios?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> N/A
Sabe dizer a um adulto se teve uma exposição ou está sentindo sintomas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Sabe como gerenciar uma reação alérgica sozinho (5ª série/ano e acima) (*Requer autorização de medicamento e autorização da enfermeira, dos pais e do provedor de saúde.)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

9. Relacionado a alimentos:

- A. Sua criança:  Apenas trará comida de casa  Comprará refeições na escola  Combinação de refeições de casa e da escola  Requer Parar Compras (não serão permitidas refeições escolares)
- B. Você revisa o cardápio do almoço mensalmente se seu filho comprar refeições escolares?  NÃO  SIM

10. ATIVIDADES PATROCINADAS PELA ESCOLA E EXCURSÕES:

- Seu filho estará envolvido em atividades, eventos ou esportes patrocinados pela escola fora do horário escolar?  
 NÃO  SIM
- Se, SIM, qual? \_\_\_\_\_

11. TRANSPORTE:

- Ao andar de ônibus para ou da escola ou em excursões, seu filho deve sentar-se na frente, perto do motorista?  
 NÃO  SIM

12. Liste CONTATOS DE EMERGÊNCIA para seu filho:

(nome)	(parentesco)	(telefone)	(telefone)
(nome)	(parentesco)	(telefone)	(telefone)

13. Liste o provedor de cuidados primários e especialistas envolvidos no cuidado de seu filho:

Médico	Tipo de Médico	Data da Última Visita	Telefone

14. Seu aluno tem plano de saúde?  NÃO  SIM, qual? \_\_\_\_\_

15. Você está enfrentando problemas para obter medicamentos para alergia ou entrar em contato com um médico?  NÃO  SIM

Assinatura do Pai/Responsável & Parentesco

Data

Endereço de Email