

طالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ School: _____ الدرجة: _____ Date: _____
ستقوم المعلومات التي تم جمعها من هذا النموذج بتحديث الممرضة حول الحالة الصحية لطالبك لغرض التخطيط المدرسي. بمجرد الانتهاء ، أعد هذا النموذج إلى ممرضة مدرستك. إذا لم تكن حساسية الطالب متعلقة بالطعام ، فتخط الأسئلة المتعلقة بالطعام.

إذا كان الطالب الخاص بك لم يعد بحاجة إلى EpiPen لحساسيته ، فيجب عليك تقديم مذكرة مقدم الرعاية الصحية إلى ممرضة المدرسة من أجل التوقف عن خطة الصحة المدرسية والأدوية. إذا كان هذا ينطبق عليك ، فتحقق من نعم هنا:

1. ما هي حساسية الطالب الخاص بك؟ الفستق شجرة المكسرات قمح* بيضة كاملة* البيض في المنتجات المخبوزة* الحليب / منتجات الألبان* فول الصويا* سمسم* سمك المحار اللاتكس لسعات النحل / الحشرات آخر: _____
(* يعني أنه يشار إلى نموذج وصفة غذائية)
2. في العام الماضي ، هل تغير أي شيء فيما يتعلق بالحساسية (أي الحساسية الجديدة أو التي تم حلها ، والتغيير في الأعراض ، والتغيير في الأدوية ، واختبار الحساسية الجديد ، وما إلى ذلك)؟ لا نعم: _____
3. متى وأين كان آخر اختبار حساسية لطالبك؟ _____
4. هل عانى الطالب من أي ردود فعل تحسسية في العام الماضي؟ لا نعم ، صف (كن محددا: متى كان؟ كيف بسرعة هل رد الفعل حزب؟ الأعراض؟ ماذا فعلت؟ هل تطلب الأمر رعاية طبية؟): _____
5. مع مرور الوقت هي ردود الفعل: البقاء على حاله التحسن يزداد سوءا لا ردود فعل جديدة
6. هل تفاعل الطالب مع مسببات الحساسية من خلال: تناول / تناول الطعام لمس الطعام شم / استنشاق الطعام
7. إذا كان الطالب يعاني من الحساسية البيئية أو الموسمية ، فما هي؟ غير متوفر: _____
هل يتناولون أدوية الحساسية؟ لا نعم ، ماذا (يومية وحسب الحاجة): _____
8.

تعرف ما هي حساسيتهم؟	<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 مدرجة 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

9. الأغذية ذات الصلة:

1. 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)
2. هل تقوم بمراجعة قائمة الغذاء شهريا إذا اشترى الطالب وجبات مدرسية؟ لا نعم

الأنشطة التي ترعاها المدرسة والرحلات الميدانية:

- هل سيشارك الطالب في الأنشطة أو الأحداث أو الرياضات التي ترعاها المدرسة خارج اليوم الدراسي؟ لا نعم
- إذا كانت الإجابة بنعم ، ماذا؟ _____

10. النقل:

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

11. (رقم الهاتف)

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

12. الهاتف

الطبيب	تاريخ آخر ظهور	نوع المزود	الهاتف

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

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

توقيع الوالد / الوصي والعلاقة تاريخ عنوان البريد الإلكتروني