

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

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

*As informações a seguir ajudarão a enfermeira a determinar quaisquer necessidades especiais para seu aluno na escola. Uma vez concluído, devolva este formulário à enfermeira da escola. Se a alergia do seu aluno não estiver relacionada a alimentos, pule as perguntas relacionadas a alimentos.*

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

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

2. O provedor de saúde da sua criança informou que essa alergia poderia representar risco de vida?  Não  Sim
3. Sua criança recebeu a prescrição de EpiPen?  Não  Sim
4. Sua criança já foi testada para alergia?  Não  Sim, quando & onde: \_\_\_\_\_
5. **Sua criança tem asma?**  Não  Sim, gatilhos: \_\_\_\_\_  
Sua criança tem uma prescrição de remédio para asma?  Não  Sim, qual (diário e conforme necessidade): \_\_\_\_\_
6. Sua criança tem alergia ambiental ou de estações?  Não  sim, a que: \_\_\_\_\_  
Sua criança tem alergia a medicação?  Não  Sim, qual (diário e conforme necessidade): \_\_\_\_\_

### **EM RELAÇÃO À COMIDA**

7. Sua criança vai:  Apenas trazer comida de casa  Comprar alimentos na escola  Uma combinação de comida de casa e da escola  Requer para com as compras (nenhuma refeição escolar permitida)

### **HISTÓRICO DE REAÇÕES**

8. **Sua criança reagiu ao alérgeno por:**  Comer/Ingerir alimento  Tocar alimento  Cheirar ou Inalar alimento
9. Qual era a idade da sua criança quando a alergia foi descoberta pela primeira vez? \_\_\_\_\_
10. Quantas vezes sua criança teve uma reação?  Nunca  Uma vez  Mais de uma vez: \_\_\_\_\_  
Data da última reação: \_\_\_\_\_
11. Em quanto tempo ocorreu a reação após o contato com o alérgeno?  Segundos  Minutos  Horas  Dias  
 Desconhecido  Outro: \_\_\_\_\_
12. Por favor, descreva a reação (seja específico, sinais/sintomas iniciais e tardios, tempo desde a exposição, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Você deu alguma medicação?  Não  Sim, qual? \_\_\_\_\_  
A medicação resolveu a reação?  Sim  Não, explique: \_\_\_\_\_
14. **Uma EpiPen já foi administrada antes?**  NÃO  SIM, quantas doses foram administradas antes que os sintomas fossem resolvidos? \_\_\_\_\_
15. **Sua criança já precisou passar por tratamento em uma clínica ou hospital por conta de uma reação alérgica?**  NÃO  SIM, descreva: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Com o tempo, as reações:  Permanecem iguais  Melhora  Piora  Desconhecido

**INDEPENDÊNCIA ALIMENTAR NA ESCOLA / GESTÃO DE ALERGIAS NA ESCOLA**

17. Sua criança:

Sabe qual a alergia dela?	<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
<b>Sua criança requer Assentos com Consciência de Alergia na Cafeteria/Sala de Aula?</b>	<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

**COORDENAÇÃO DE CUIDADOS**

18. Liste os médicos primários e especialistas envolvidos no cuidados da sua criança:

Médico	Tipo de Médico	Data da última visita	Telefone

19. Seu aluno tem plano de saúde?  NÃO  SIM, qual? \_\_\_\_\_20. Você está enfrentando problemas para obter medicamentos para alergia ou entrar em contato com um médico?  NÃO  SIM

21. Sua criança está envolvida em atividades ou esportes oferecidos pela escola fora do horário escolar?

 Não  Sim\*, quais? \_\_\_\_\_22. *Para o fundamental I:* Temos sua permissão para que os alunos na sala de aula saibam sobre essa alergia?  NÃO  SIM23. **Ao andar de ônibus para ou da escola ou em excursões, sua criança deve sentar-se na frente, perto do motorista?** NO  YES

24. Liste CONTATOS DE EMERGÊNCIA para sua criança:

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

Alergia à:	Severidade:	Sintomas:	Observações
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Potencialmente Fatal	<input type="checkbox"/> Coceira <input type="checkbox"/> urticária <input type="checkbox"/> erupção cutânea <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> inchaço, onde: _____  <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> chiado <input type="checkbox"/> rouquidão <input type="checkbox"/> dificuldade para respirar <input type="checkbox"/> tontura <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> câibras <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> outro: _____	
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Potencialmente Fatal	<input type="checkbox"/> Coceira <input type="checkbox"/> urticária <input type="checkbox"/> erupção cutânea <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> inchaço, onde: _____  <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> chiado <input type="checkbox"/> rouquidão <input type="checkbox"/> dificuldade para respirar <input type="checkbox"/> tontura <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> câibras <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> outro: _____	
	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Potencialmente Fatal	<input type="checkbox"/> Coceira <input type="checkbox"/> urticária <input type="checkbox"/> erupção cutânea <input type="checkbox"/> formigamento <input type="checkbox"/> inchaço, onde: _____  <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> chiado <input type="checkbox"/> rouquidão <input type="checkbox"/> dificuldade para respirar <input type="checkbox"/> tontura <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> câibras <input type="checkbox"/> vômito <input type="checkbox"/> diarreia <input type="checkbox"/> eczema <input type="checkbox"/> outro: _____	

**Assinatura do Pai/Responsável & Parentesco**

**Data**

**Endereço de Email**