

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? \_\_\_\_\_  
Did medication resolve the reaction?     YES     Sim, explique: \_\_\_\_\_  
14. **Uma EpiPen já foi administrada antes?**     Não     YES, 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) <small>(*Requer autorização de medicamento e autorização da enfermeira, dos pais e do provedor de saúde.)</small>	<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  SIM

23. Ao andar de ônibus para ou da escola ou em excursões, sua criança deve sentar-se na frente, perto do motorista?

NÃO  SIM

24. Liste CONTATOS DE EMERGÊNCIA para sua criança

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

## PLANO ESCOLAR

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