

PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL PARA ALERGIA

Estudante : _____ ID de estudante # _____ Nota: _____

Data de nascimento: _____ Escola: _____

Objetivo: Proporcionar um ambiente seguro, promover a autogestão da alergia por estudantes, reconhecer sinais de anafilaxia e fornecer assistência adequada e atendimento de emergência.

- A que seu aluno é alérgico? ☐ Amendoim ☐ Nozes ☐ Trigo ☐ Ovos ☐ Peixe
☐ Marisco ☐ Leite ☐ Soja ☐ Gergelim ☐ Látex
☐ Abelhas ☐ Outros: _____
- Seu aluno tem asma? ☐ Não ☐ Sim, aciona : _____
Eles prescreveram medicamentos para asma? ☐ Não ☐ Sim, o que (diariamente e conforme necessário): _____
- Seu aluno tem alergias ambientais ou sazonais? ☐ Não ☐ Sim, para quê: _____
Eles tomam medicamentos para alergia? ☐ Não ☐ Sim, o que (diariamente e conforme necessário): _____

Histórico de reações

- Quantos anos seu aluno tinha quando a alergia foi descoberta pela primeira vez? _____
- Quantas vezes seu aluno teve uma reação? ☐ Nunca ☐ Uma vez ☐ Mais de uma vez: _____
Data da última reação: _____
- Em quanto tempo ocorreu a reação após o contato com o alérgeno? ☐ Segundos ☐ Minutos ☐ Horas ☐ Dias
- Descreva a reação (seja específico, inclua sinais/sintomas): _____
- Você deu medicação? ☐ Não ☐ Sim, o que foi dado? _____
- A epinefrina já foi administrada antes? ☐ Não ☐ Sim
- Seu aluno já precisou de tratamento em uma clínica ou hospital para uma reação alérgica?
☐ Não ☐ Sim, descreva os eventos: _____
- Seu aluno reagiu a um alérgeno ao: ☐ Comer/ingerir alimentos ☐ Tocar em alimentos ☐ Cheirar alimentos

Independência

- Seu aluno sabe qual é sua alergia? ☐ Não ☐ Sim
- Seu aluno sabe que não deve compartilhar ou trocar alimentos/utensílios? ☐ Não ☐ Sim
- Seu aluno sabe como contar a um adulto se ele teve uma exposição ou sintomas? ☐ Não ☐ Sim

Planejamento de atividades

- LOCALIZAÇÃO DA EPINEFRINA: ☐ Sala de saúde ☐ Com o aluno ☐ Outro _____
- Para 5ª à 12ª série:
Seu aluno pode transportar medicamentos por conta própria e controlar suas alergias de forma independente?
☐ Não ☐ Sim (*Requer autorização dos pais e do profissional de saúde.)
Seu aluno pode autoadministrar medicamentos e controlar suas alergias de forma independente?
☐ Não ☐ Sim (*Requer autorização dos pais e do profissional de saúde.)
- Seu aluno está envolvido em atividades ou esportes patrocinados pela escola fora do dia escolar? ☐ Não ☐ Sim*
* É responsabilidade dos pais informar o adulto/treinador sobre a condição e os requisitos de medicação do aluno e fornecer medicamentos para a atividade.
- Para o ensino fundamental: Lanches seguros alternativos para festas de classe serão fornecidos pelos pais? ☐ Não ☐ Sim
O aluno pode comer guloseimas se o alérgeno não estiver listado como ingrediente? ☐ Não ☐ Sim
O aluno pode comer guloseimas se fabricadas em uma instalação que processa alérgenos? ☐ Não ☐ Sim
Você gostaria que fosse enviada uma carta de conscientização sobre alergias em classe? ☐ Não ☐ Sim
Permissão dos pais para refeições na escola: _____

- ☐ A, B ou C Almoço permitido - Essas opções de almoço não contêm amendoim ou nozes como ingrediente, mas podem ser produzidas ou processadas em uma instalação que também processa ou embala alimentos que contêm nozes. As famílias que selecionarem essa opção serão responsáveis po [Menu Interativo](#)
- ☐ Refeições de acomodação sem nozes - As refeições não contêm amendoim ou nozes e também são produzidas em uma instalação sem amendoim e nozes, de acordo com o fabricante.
- ☐ Preencha o [formulário de solicitação de acomodação sem nozes](#).
- ☐ Comida somente em casa.
- ☐ Para escolas com cafeterias - É necessário acomodar assentos especiais.

16. Para o ensino fundamental e médio: ☐ Acomodação para dieta especial - Menu individualizado devido a alérgenos.

Acomodações para estudantes/504 Consentimento -----

Todos os estudantes com alergia fatal devem ter um plano escrito de acomodação. Escolha uma das duas opções a seguir:

- ☐ Sim, EU CONCORDO com uma avaliação e colocação para um Plano da Seção 504. Estou ciente de que haverá uma revisão anual do plano. Recebi uma cópia de [Seus direitos nos termos da Seção 504](#) e da [Política do Conselho Distrital sobre o Uso de Isolamento, Restrição e Outros Usos de Força Razoável](#).
- ☐ Meu aluno recebe serviços de educação especial e tem um IEP (Programa de Educação Individualizada).

Responsabilidades dos pais/responsáveis -----

- Forneça epinefrina e/ou outros medicamentos prescritos com o [Formulário de Autorização de Medicamento](#) assinado pelo profissional de saúde antes do primeiro dia de aula.
- Forneça medicamentos devidamente rotulados na farmácia e substitua os medicamentos após o uso ou após a expiração.
- Se, no [Formulário de Autorização de Medicamento](#), o profissional de saúde prescrever que uma segunda dose de epinefrina seja administrada para sintomas persistentes de alergia ou anafilaxia, duas doses de epinefrina devem ser fornecidas à escola.
- Treine seu aluno sobre como evitar, sintomas e tratamento de alergias.
- Informe o enfermeiro sobre quaisquer alterações ou episódios alérgicos/anafiláticos.
- Se seu aluno usa medicamentos para transportar medicamentos por conta própria, faça com que ele sempre tenha epinefrina na escola e nas atividades escolares. Uma dose de reserva de epinefrina na sala de saúde é altamente recomendada.

Notas de administração de medicamentos -----

- Se um aluno apresentar sintomas leves de alergia, a decisão de administrar um anti-histamínico, como Benadryl ou Zyrtec (se solicitado), só pode ser tomada pela enfermeira da escola e administrada pela enfermeira da escola.
- Se um aluno receber um anti-histamínico oral na escola, o aluno deve ser buscado pelos pais para monitoramento adicional.
- Se a enfermeira escolar **NÃO ESTIVER DISPONÍVEL** (incluindo **viagens de campo e atividades após a escola**), a epinefrina **será** administrada para **QUALQUER sintoma de alergia ou ingestão conhecida**.
- Se a epinefrina for administrada na escola ou em uma atividade escolar, o 911 sempre será chamado.

Responsabilidades da enfermeira-----

- Plano de atendimento de emergência completo para garantir que a equipe (incluindo o gerente da cozinha) e o departamento de transporte tenham acesso.
- Forneça uma lista de estudantes com problemas de saúde relacionados à alimentação para Hannah Phillips [do Serviço de Alimentação e Nutrição](#).
- Forneça informações sobre treinamento anual em saúde para a equipe.

Assinatura da Enfermeira: _____

Data: _____

Assinatura dos Pais: _____

Date: _____

Somente para uso de enfermeiras:

☐ Formulário de autorização de medicação recebido ☐ Medicação recebida ☐ 504 foram inseridos no Synergy	☐ Plano de atendimento de emergência concluído ☐ Notificações do Synergy para os alunos para o alerta de saúde ☐ Carta de conscientização sobre alergia à classe (se solicitada, somente para o ensino fundamental)
Acompanhamento relacionado à escolha do almoço (*os itens são apenas elementares) ☐ Se a acomodação para dieta especial for solicitada e isso for novo para o aluno, a enfermeira registrada (RN) envia o IHP e o 504 para <u>Hannah Phillips</u>, <u>supervisora de campo dos serviços de alimentação e nutrição</u> (o Formulário de Solicitação de Dieta Especial não é obrigatório). Envie IHP somente para estudantes com IEPs. ☐ *Se a acomodação sem nozes for solicitada, peça aos pais que preencham o formulário de solicitação de acomodação sem nozes. RN entrega uma cópia ao gerente de cozinha. ☐ *Se a opção "Apenas comida de casa" for selecionada acima, a enfermeira registrada (RN) adiciona condição de saúde e envia um e-mail para <u>Dee Moran</u>, <u>especialista em contas do FNS</u>, para inserir no sistema de ponto de venda. ☐ *Para escolas com café da manhã escolar gratuito para todos, forneça ao gerente de cozinha uma lista dos alunos que só podem comer em casa. ☐ *Se for solicitada acomodação com assentos no refeitório, a enfermeira registrada (RN) acompanhará e tomará providências.	