

যে সকল ছাত্র/ছাত্রীদের অ্যালার্জি আছে  
Students with allergies

এই ফর্মটি অ্যালার্জি আছে এমন ছাত্র/ছাত্রীর পিতামাতা/পরিচর্যাকারী কর্তৃক ইংরেজীতে পূরণ করে অধ্যক্ষ কিংবা ভারপ্রাপ্ত নির্বাহী কর্মকর্তার কাছে পাঠিয়ে দিতে হবে। স্কুল প্রথম দুটি অংশ পূরণ করবে। এই তথ্য সংগ্রহের উদ্দেশ্য হলো সেই সকল ছাত্র/ছাত্রীদের চিহ্নিত করা যারা তীব্র অ্যালার্জি প্রতিক্রিয়ার ঝুঁকিতে আছে। এই ফর্মে দেওয়া তথ্য অ্যালার্জি আছে এমন ছাত্র/ছাত্রীদের বিষয়ে কী ব্যবস্থা নেয়া দরকার সে ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে স্কুলকে সহযোগিতা করার জন্য ব্যবহৃত হবে।

প্রিয় অভিভাবক/পরিচর্যাকারী

ছাত্র/ছাত্রীর নাম: \_\_\_\_\_

School to insert name of student

আপনি আপনার সন্তানের একটি কিংবা একাধিক অ্যালার্জি সনাক্ত করেছেন। এই অ্যালার্জি বা অ্যালার্জিগুলি হলো

\_\_\_\_\_ School to insert the allergy/allergies that have been identified by the parent/carer

অনুগ্রহ করে নিচের প্রশ্নগুলি পূরণ করে অধ্যক্ষ কিংবা ভারপ্রাপ্ত নির্বাহী কর্মকর্তার কাছে পাঠিয়ে দিন।

1. একজন ডাক্তার আমার সন্তানের নিম্নোক্ত ক্ষেত্রে অ্যালার্জি সনাক্ত করেছেন:

কীটপতঙ্গের হুল/কামড় (Insect sting/bite)

অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করে লিখুন: \_\_\_\_\_

ঔষধ (Medication)

অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করে লিখুন: \_\_\_\_\_

খাবার (Food):

অনুগ্রহ করে হ্যাঁ অথবা না এর বাস্কে টিক দিন

হ্যাঁ (Yes)

না (No)

• চীনাবাদাম (Peanuts)

• বাদাম (Nuts)

বাদাম এর ক্ষেত্রে যদি হ্যাঁ দিয়ে থাকেন, তাহলে কোন ধরনের তা উল্লেখ করুন

Type/s of nut/s \_\_\_\_\_

• মাছ (Fish)

• শক্ত খোলসযুক্ত মাছ (Shellfish)

• সয়া (Soy)

• তিল (Sesame)

• গম (Wheat)

• দুধ (Milk)

• ডিম (Egg)

উপরের তালিকায় কোনো খাদ্য বাদ পড়লে তা উল্লেখ করুন:

Other type of food \_\_\_\_\_

রবার জাতীয় জিনিস (Latex)

অন্যান্য অ্যালার্জি, অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করে লিখুন:

Other allergy \_\_\_\_\_

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- |  | হ্যাঁ (Yes)              | না (No)                  |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. আমার সন্তানকে গুরুতর অ্যালার্জি প্রতিক্রিয়া নিয়ে হাসপাতালে ভর্তি করা হয়েছে।<br>My child has been hospitalised with a severe allergic reaction  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. আমার সন্তানকে একটি অ্যাড্রেনালীন অটো ইনজেকটর ব্যবহারের পরামর্শ দেওয়া হয়েছে (EpiPen® অথবা Anapen®)<br>My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. অ্যানাফিল্যাক্সিস <sup>1</sup> এর জন্য আমার সন্তানের একটি ASCIA Action Plan আছে<br>My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis <sup>1</sup><br>(যদি হ্যাঁ হয় তাহলে এটা সংযুক্ত করে এই ফর্মের সাথে পাঠিয়ে দিন) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

পূরণকারীর নাম (অনুগ্রহ করে বড় হাতের অক্ষরে লিখুন): \_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

পিতামাতা/পরিচর্যাকারীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

তারিখ: \_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> প্রত্যেকবার যখন আপনার শিশুকে একটি নতুন অ্যাড্রেনালীন অটো ইনজেকটর ব্যবহার করতে বলা হবে, তখন ডাক্তার একটি সংশোধিত ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ইস্যু করবেন। ঠিক এই পরিকল্পনাটিই স্কুলকে সরবরাহ করা অত্যন্ত জরুরি।