

Učenci sa alergijama

Students with allergies

Roditelj/staratelj učenika treba da ispuni ovaj obrazac na engleskom jeziku i da ga vrati direktoru ili odobrenom predstavniku školskog osoblja. Škola će ispuniti prve dvije linije. Uloga ovog obrasca je da se identifikuju učenici koji mogu imati teške alergijske reakcije. Informacije koje date u ovom obrascu će pomoći školi prilikom utvrđivanja mjera koje treba poduzeti u odnosu na učenika koji ima alergiju.

Poštovani roditelju/staratelju

Ime učenika: _____
School to insert name of student

Vi ste nam javili da vaše dijete ima alergiju/e. Alergija/alergije je/su na

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

Molimo vas da odgovorite na sljedeća pitanja i da ovaj obrazac vratite direktoru ili imenovanoj osobi – predstavniku školskog osoblja.

1. Doktor je utvrdio da moje dijete ima alergiju na:

Ubod/ujed insekta (Insect sting/bite)
Molimo vas da objasnite: _____

Lijek (Medication)
Molimo vas da objasnite: _____

Hranu (Food):
Molimo vas da označite kvadratiće „Da“ ili „Ne“

	Da (Yes)	Ne (No)
• Kikiriki (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orašasto voće (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ako ste odgovorili sa „DA“ za orašasto voće, molimo vas da navedete vrstu

Type/s of nut/s _____

• Ribu (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Školjke (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soju (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Susam (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pšenicu (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mlijeko (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jaja (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ukoliko nije navedena gore, molimo da navedete drugu vrstu hrane koja izaziva alergiju:

Other type of food _____

Lateks (Latex)

Druge alergije, *molimo da objasnite:*
 Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- Molimo da označite kvadratiće „Da“ ili „Ne“*
- | | | Da (Yes) | Ne (No) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Moje dijete je bilo u bolnici zbog teške alergijske reakcije
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Mojem djetetu je prepisan aparat za ubrizgavanje adrenalina
(EpiPen® ili Anapen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® or Anapen®) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Moje dijete ima ASCIA Action Plan za anafilaksu ¹
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(Ukoliko ste odgovorili sa „Da“, molimo vas da ga priložite i
vratite sa ovim obrascem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Odgovorio/la (*napišete svoje ime štampanim slovima*): _____
Name of parent/carer

Potpis roditelja/staratelja: _____
Signature of parent/carer

Datum: _____
Date

¹ Svaki put kad vaše dijete dobije novi recept za aparat za ubrizgavanje adrenalina, doktor će vam dati novi ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Važno je da školi dostavite taj novi plan.