

Učenci s alergijama

Students with allergies

Ovaj obrazac trebaju, na engleskom, ispuniti roditelji/staratelji djeteta koje pati od alergije i vratiti ga školskom ravnatelju ili ovlaštenom članu osoblja. Škola će ispuniti prva dva odlomka. Ove informacije se prikupljaju kako bi se ustanovilo kojim učenicima prijeti opasnost od teške alergične reakcije. Informacije iz ovog obrasca će školi pomoći u odlučivanju koje korake treba poduzeti u svezi učenika s alergijom.

Dragi roditelju/staratelju

Ime i prezime učenika: _____
School to insert name of student

Naveli ste da Vaše dijete pati od alergije/raznih alergija. To je/su sljedeća/e alergija/alergije

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

Molimo odgovorite na niže postavljena pitanja i vratite školskom ravnatelju ili ovlaštenom članu osoblja.

1. Liječnik je postavio dijagnozu da moje dijete pati od alergije na:

Ubode/ugrize insekata (Insect sting/bite)
Navedite specifično: _____

Lijekove (Medication)
Navedite specifično: _____

Hranu (Food):

<i>Označite kvačicom da ili ne</i>	Da (Yes)	Ne (No)
• Kikiriki (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Orašaste proizvode (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ako ste odgovorili sa da na orašaste proizvode, navedite specifično na koju vrstu

Type/s of nut/s _____

• Riba (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Školjkaši (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soja (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sezam (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pšenica (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mlijeko (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jaja (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Navedite specifično druge vrste hrane koje nisu gore navedene:

Other type of food _____

Lateks (Latex)

Druge alergije, navedite specifično:
 Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | | Označite kvačicom kvadratić sa Da ili Ne | Da (Yes) | Ne (No) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Moje dijete je bilo u bolnici zbog teške alergične reakcije
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Mom djetetu je prepisan adrenalin za samo-uštrcavanje
(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
(Ako da, ovo priložite i pošaljite zajedno s obrascem) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ispunio/ispunila (navedite svoje ime štampanim slovima): _____
Name of parent/carer

Potpis roditelja/staratelja: _____
Signature of parent/carer

Datum: _____
Date

¹ Svaki put kad se Vašem djetetu prepíše novi adrenalin za samo-uštrcavanje, liječnik će izdati ažurirani ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Važno je da taj plan date školi