

Μαθητές με αλλεργίες

Students with allergies

Το παρόν έντυπο πρέπει να συμπληρωθεί στα Αγγλικά από τον γονέα/κηδεμόνα ενός μαθητή με αλλεργία και να επιστραφεί στο διευθυντή ή σε εξουσιοδοτημένο ανώτερο προσωπικό. Το σχολείο θα συμπληρώσει τα δύο πρώτα πεδία. Σκοπός της συλλογής αυτών των πληροφοριών είναι ο εντοπισμός μαθητών που κινδυνεύουν να υποστούν σοβαρή αλλεργική αντίδραση. Οι πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν έντυπο θα χρησιμοποιηθούν ώστε να βοηθήσουν το σχολείο να προσδιορίσει τι ενέργειες πρέπει να ληφθούν για ένα μαθητή με αλλεργία.

Αγαπητέ γονέα/κηδεμόνα

Όνομα μαθητή: _____
School to insert name of student

Έχετε αναφέρει ότι το παιδί σας έχει μία ή περισσότερες αλλεργίες. Είναι αλλεργικό σε

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

Συμπληρώστε τις παρακάτω ερωτήσεις και επιστρέψτε το έντυπο στο διευθυντή ή σε εξουσιοδοτημένο ανώτερο προσωπικό.

1. Το παιδί μου έχει διαγνωστεί από γιατρό με αλλεργία σε:

Κέντρισμα/τσίμπημα εντόμων (Insect sting/bite)

Παρακαλώ προσδιορίστε: _____

Φάρμακα (Medication)

Παρακαλώ προσδιορίστε: _____

Τροφές (Food):

Βάλτε σταυρό στο ναι ή στο όχι αντίστοιχα

Ναι (Yes) Όχι (No)

• Φιστίκια (Peanuts)

• Ξηροί καρποί (Nuts)

Αν απαντήσετε ναι στους ξηρούς καρπούς, παρακαλώ προσδιορίστε τον τύπο/τύπους

Type/s of nut/s _____

• Ψάρι (Fish)

• Οστρακοειδή (Shellfish)

• Σόγια (Soy)

• Σουσάμι (Sesame)

• Σιτάρι (Wheat)

• Γάλα (Milk)

• Αυγό (Egg)

Παρακαλώ προσθέστε τυχόν άλλον τύπο τροφίμου που δεν αναφέρεται παραπάνω:

Other type of food _____

Λάτεξ (Latex)

Άλλη αλλεργία, παρακαλώ προσδιορίστε:

Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

	<i>Βάλτε σταυρό στο Ναι ή στο Όχι αντίστοιχα</i>	Ναι (Yes)	Όχι (No)
2.	Το παιδί μου έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο με σοβαρή αλλεργική αντίδραση My child has been hospitalised with a severe allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Στο παιδί μου έχουν συνταγογραφηθεί αυτοενέσεις αδρεναλίνης (EpiPen® ή Anapen®) My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Το παιδί μου διαθέτει ASCIA Action Plan για αναφυλαξία ¹ My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹ (Αν ναι, επισυνάψτε το και επιστρέψτε το μαζί με το έντυπο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Συμπληρώθηκε από (γράψτε το όνομά σας με κεφαλαία εδώ): _____
Name of parent/carer

Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα: _____
Signature of parent/carer

Ημερομηνία: _____
Date

¹ Κάθε φορά που στο παιδί σας συνταγογραφείται νέα αυτοένεση αδρεναλίνης ο γιατρός θα εκδίδει ενημερωμένο ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Είναι σημαντικό αυτό να είναι το σχέδιο που παρέχεται στο σχολείο