

Alerjisi olan öğrenciler

Students with allergies

Bu form alerjisi olan öğrencinin ebeveyni veya bakıcısı tarafından İngilizce doldurulacak ve okul müdürüne veya bu konuyla ilgilenen idari personele verilecektir. Okul ilk iki bölümü dolduracaktır. Bu bilginin toplanmasının nedeni ileri derecede alerjik reaksiyon riski taşıyan öğrencilerin tesbit edilmesidir. Bu formda verilen bilgiler, alerjisi olan bir öğrenci ile ilgili olarak izlenecek hareket tarzının belirlenmesinde okula yardımcı olacaktır.

Değerli anne/baba

Öğrencinin adı: _____
School to insert name of student

Çocuğunuzun alerjisi/alerjileri olduğunu belirttiniz. Bu alerji/alerjileri tanımlayınız

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

Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayıp formu okul müdürüne veya ilgili idari personele veriniz.

1. Bir doktor çocuğumun aşağıdakilere alerjisi olduğuna dair teşhis koydu:

Böcek sokması/ısırmaması (Insect sting/bite)
Lütfen açıklayınız: _____

İlaç (Medication)
Lütfen açıklayınız: _____

Gıda (Food):
Lütfen evet veya hayır işaretleyin

	Evet (Yes)	Hayır (No)
• Fıstık (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kuruyemiş (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eğer kuruyemişlere evet dediyse lütfen türünü/türlerini belirtiniz

Type/s of nut/s _____

• Balık (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kabuklular (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soya (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Susam (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Buğday (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Süt (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Yumurta (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lütfen yukarıda listelenmemiş olan diğer besin maddelerini belirtiniz:

Other type of food _____

Lateks (Latex)

Diğer alerjiler, lütfen tanımlayınız:
Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

	<i>Lütfen Evet veya Hayır kutusunu işaretleyin</i>	Evet (Yes)	Hayır (No)
2.	Çocuğum ileri derecede alerjik reaksiyon göstererek hastaneye kaldırıldı My child has been hospitalised with a severe allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Çocuğuma reçeteye adrenalin otoenjektörü verildi (EpiPen® veya Anapen®) My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Çocuğumun Anafilaksi için ASCIA Action Plan'ı bulunmaktadır ¹ My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹ (Eğer Evet'se lütfen bu forma ekleyin ve formla birlikte getirin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formu dolduran (lütfen adınızı yazınız): _____
Name of parent/carer

Ebeveyn veya bakıcı imzası: _____
Signature of parent/carer

Tarih: _____
Date

¹ Çocuğunuzuna reçeteye yeni bir adrenalin otoenjektörü verildiği her seferde doktor güncellenmiş bir Anafilaksi için ASCIA Action Plan'ı (ASCIA Action Plan for Anaphylaxis) verecektir. Okula sağlanan planın bu güncellenmiş planın olması önemlidir.