

الرجی میں مبتلا طالبعلم Students with allergies

الرجی میں مبتلا طالبعلم کے والد/والدہ/سرپرست یہ فارم مکمل کر کے پرنسپل یا اعلیٰ سطحی عملے کے اس رکن کو دیں جسے مقرر کیا گیا ہو۔ سکول پہلی دو لائنیں مکمل کرے گا۔ یہ معلومات اکٹھی کرنے کا مقصد ان طالبعلموں کی شناخت کرنا ہے جنہیں شدید الرجک ری ایکشن کا خطرہ ہے۔ اس فارم میں دی گئی معلومات کو سکول یہ طے کرنے کیلئے استعمال کرے گا کہ الرجی میں مبتلا طالبعلم کے سلسلے میں کیا قدم اٹھانا ضروری ہے۔

والد/والدہ/سرپرست کے نام

طالبعلم کا نام: _____

School to insert name of student

آپ نے آگاہ کیا ہے کہ آپ کے بچے کو کوئی الرجی / کئی الرجیاں ہیں۔ الرجی / الرجیاں ان چیزوں سے ہیں

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

براہ مہربانی نیچے دیے گئے سوالات کا جواب لکھ کر پرنسپل یا اعلیٰ سطحی عملے کے مقررہ رکن کو دیں۔

1. ایک ڈاکٹر نے میرے بچے کو یہ الرجی تشخیص کی ہے:

کیڑوں کے ڈنگ / کاٹنے سے (Insect sting/bite)

ادویات سے (Medication)

کھانے پینے کی چیزوں سے (Food)

براہ مہربانی ہاں یا نہیں کے خانے میں نشان لگائیں

نہیں (No)

ہاں (Yes)

• مونگ پھلی (Peanuts)

• گری دار خشک میوہ (Nuts)

• اگر گری دار خشک میوے کیلئے جواب ہاں ہے تو ان کی قسم واضح کریں:

Type/s of nut/s

• مچھلی (Fish)

• خول والے سمندری جانور (Shellfish)

• سویا (Soy)

• تل (Sesame)

• گندم (Wheat)

• دودھ (Milk)

• انڈا (Egg)

• اگر اوپر لکھی چیزوں کے علاوہ کسی اور کھانے پینے کی چیز سے الرجی ہے تو اس کی وضاحت کریں:

Other type of food

قدرتی ربڑ (Latex)

کوئی اور الرجی ہو تو وضاحت کریں:

Other allergy

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | (No) نہیں | (Yes) ہاں | براہ مہربانی ہاں یا نہیں کے خانے میں نشان لگائیں | |
|--------------------------|--------------------------|--|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | میرا بچہ شدید الرجک ری ایکشن کی وجہ سے ہسپتال میں داخل رہ چکا ہے
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction | 2. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | میرے بچے کو adrenaline autoinjector تجویز کیا گیا ہے
(Anapen® یا EpiPen®)
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® or Anapen®) | 3. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | میرے بچے کو اینافلیکسیز (شدید الرجک ری ایکشن) کیلئے
ASCIA Action Plan ¹ حاصل ہے
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹
(اگر ہاں تو پلان کو اس فارم کے ساتھ لگا کر فارم سکول کو واپس دیں) | 4. |

فارم مکمل کرنے والے کا نام (براہ مہربانی اپنا نام یہاں لکھیں):
Name of parent/carer

والد/والدہ/سرپرست کے دستخط:
Signature of parent/carer

تاریخ:
Date

¹ جب بھی ڈاکٹر آپ کے بچے کو ایک نیا adrenaline autoinjector تجویز کرتا ہے تو ساتھ ایک تازہ ASCIA Action Plan for Anaphylaxis بھی جاری کرتا ہے۔ یہ اہم ہے کہ آپ سکول کو یہی پلان مہیا کریں۔