

Formularz z historią alergii pokarmowych

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Nauczyciel: _____

Alergia na: _____

- Czy dziecko ma astmę? Tak** Nie **Zwiększone ryzyko na silną reakcję
- Czy dziecko reaguje na skażenie "cross-contamination", np. przygotowując posiłki można kroić tym samym nożem produkty bez i zawierające alergeny ? Tak Nie
- Czy dziecko reaguje na skażenie powietrza? Tak Nie
- Kiedy i w jaki sposób pokazały się pierwsze objawy alergii?

-
- Kiedy ostatni raz dziecko miało atak alergiczny?

-
- : Proszę opisać objawy i symptomy reakcji alergicznej:

-
- Jaki rodzaj pomocy medycznej należy zapewnić dziecku?
 Epinephrine Antihistamine Inne: (proszę wymienić) _____
 - Czy dziecko wymaga strefy wolnej od alergenów w czasie jedzenia? Tak Nie
 - Chciałabym, aby leki mojego dziecka przechowywane były w:
 Sekretariacie szkoły Klasie Sekretariacie szkoły i klasie
 - Jeżeli lek jest przechowywany w klasie, powinien on być transportowany przez personel szkolny wraz z przemieszczaniem się dziecka w obrębie szkoły : Tak Nie
 - Chciałabym towarzyszyć dziecku na wycieczkach szkolnych : Tak Nie
 - Uczniowie w klasie powinni być zachęceni do mycia rąk po przybyciu do szkoły i po zjedzeniu lunchu: Tak Nie
 - Dostarczę niepsujące się, bez alergenu przekąski, aby były dostępne w klasie w razie potrzeby
 Tak Nie

Proszę wymienić inne zmiany lub udogodnienia, które możemy wprowadzić w szkole lub kwestie, które Państwa martwią, a my powinniśmy być o nich poinformowani:

Podpis Rodzica: _____ Data: _____