

学生姓名: _____ 学年: _____

出生日期: _____ 年级: _____ 学校: _____

诊断

请选择所有你学生过敏的食物:

- | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 花生 | <input type="checkbox"/> 鱼 | <input type="checkbox"/> 蛋 | <input type="checkbox"/> 小麦 | <input type="checkbox"/> 牛奶 |
| <input type="checkbox"/> 树的坚果 | <input type="checkbox"/> 贝壳类 | <input type="checkbox"/> 大豆 | <input type="checkbox"/> 芝麻 | <input type="checkbox"/> 其它 _____ |

你学生的**医疗保健提供者**是否有将食物过敏**诊断**为:

- 有生命危险 * 否 是*, 食物 _____
- 没有生命危险 否 是, 食物 _____
- 食物不耐症 否 是, 食物 _____
- 其它 否 是(如果是, 请说明) _____

***如果有生命危险, 必须与学校护士联络 - 请看此表格底部有关有生命危险的定义**

你学生的医疗保健提供者是否为你开了肾上腺素自动注射器(AUVI-Q、EpiPen、SYMPJEPI、Adrenaclick、其它)?

 否 是* (如果是, 请联系学校护士来获得所需的表格)

你学生的医疗保健提供者是否开了抗组胺药 (Benadryl, Zyrtec, Claritin, 其它)?

 否 是**历史和现状**你的学生有多少次出现过敏反应? 从来没有 一次 多过一次, 请说明:

最后一次反应日期: _____

勾选最能描述你学生对食物过敏反应的方格:

 保持不变 越来越差 越来越好**症状(勾选描述你学生症状的每一个方格)**

- 口腔—嘴唇、舌头或嘴巴发痒、刺痛或肿胀
- 喉咙—喉咙紧绷或声音嘶哑, 呼吸或吞咽困难
- 肺—呼吸急促、反复咳嗽和/或喘息
- 一般来说—恐慌, 突然感到厄运即将来临
- 皮肤—荨麻疹、发痒的皮疹和/或面部或四肢肿胀
- 内脏—作呕、胃痛/腹部绞痛、呕吐和/或腹泻
- 心脏—脉搏“细”、“昏倒”、昏晕、脸色发青、苍白
- 其它— _____

下页继续

你的学生过敏反应早期迹象和症状是什么？(要具体说明；包括你学生可能会说的话。)

当接触食物过敏原后症状多久会出现？(秒、分钟、小时、天)

治疗

你的学生是否曾因过敏反应而需要在诊所或医院接受治疗？

否 是，请说明: _____

你的学生是否需要使用肾上腺素注射器来治疗过敏反应？ 是 否

你的学生是否了解如何避免引起过敏反应的食物？ 是 否

学校餐点

你的学生会吃西雅图公立学校所提供的餐点吗(早餐或午餐)？

不会。如果不会，我的学生将**永远不会**吃由西雅图公立学校所提供的餐点。

会。**如果会，请在下方继续挑选。**

我学生的食物过敏或不耐症**不是**有生命危险的。请选择适合的**特殊饮食通融**回应:

我没有为我的学生要求有特殊饮食的通融。我的学生会自己选择食物而没有限制性。

我要求有特殊饮食的通融。(请与学校护士联系来获得饮食表格)

或

我学生的食物过敏**是**有生命危险的*

已知有生命危险食物过敏的学生必须在每学年的第一天之前向学校提供严重过敏/过敏反应药物的指示和处方药(如果有指示)，让学生能上学。当我们收到医疗保健提供者的签名，我们会提供在计划上注明的特殊饮食指示。

家长/监护人签名

日期

由注册护士来审阅

日期

*在上学之前，每个患有危及生命健康状况的儿童均应出示针对该状况的药物或治疗单。危及生命健康状况是指如果药物和/或治疗指令以及护理计划没有到位，将导致孩子在上学期间面临死亡危险的状况。提交药物或治疗指令后，学校护士应制定护理计划。每个学年都需要完成药物和治疗指令。健康状况危及生命的学生将被转介至 504 团队进行评估。(WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320，西雅图公立学校总监程序 3413SP)