

Tên Học Sinh: _____ Năm Học: _____

Ngày sinh: _____ Lớp: _____ Trường: _____

Chẩn đoán

Đánh dấu vào (các) loại thực phẩm mà học sinh của quý vị bị dị ứng:

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Đậu phộng | <input type="checkbox"/> Cá | <input type="checkbox"/> Trứng | <input type="checkbox"/> Lúa mì | <input type="checkbox"/> Sữa |
| <input type="checkbox"/> Các loại hạt | <input type="checkbox"/> Hải sản | <input type="checkbox"/> Đậu nành | <input type="checkbox"/> Mè | <input type="checkbox"/> Khác _____ |

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của con quý vị có chẩn đoán dị ứng/dị ứng thực phẩm là:

- | | | |
|--|--------------------------------|---|
| • đe dọa tính mạng * | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có* , (các) thực phẩm _____ |
| • <u>không</u> nguy hiểm đến tính mạng | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có, (các) thực phẩm _____ |
| • không dung nạp thực phẩm | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có, (các) thực phẩm _____ |
| • khác | <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có (Nếu Có, nêu rõ) _____ |

*** Nếu đe dọa tính mạng, PHẢI liên hệ với y tá trường học** - Xem định nghĩa về đe dọa tính mạng ở cuối mẫu đơn này

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh quý vị có kê toa epinephrine auto-injector (AUVI-Q, EpiPen, SYMPJEPI, Adrenaclick, khác) hay không?

-
- Không
-
- Có * (
- Nếu Có, hãy liên hệ với y tá của trường cho các mẫu đơn yêu cầu**
-)

Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của học sinh quý vị đã kê toa thuốc antihistamine (Benadryl, Zyrtec, Claritin, khác) hay không?

-
- Không
-
- Có

Bệnh Sử và Tình Trạng Hiện TạiHọc sinh của quý vị đã có phản ứng dị ứng bao nhiêu lần? Không bao giờ một lần nhiều hơn một lần, giải thích:

Ngày phản ứng sau cùng: _____

Đánh dấu vào ô mà mô tả chính xác nhất các phản ứng dị ứng thực phẩm của học sinh:

-
- không thay đổi
-
- trở nên tồi tệ hơn
-
- trở nên tốt hơn

Các triệu chứng (chọn từng ô mà mô tả các triệu chứng của học sinh)

-
- MIỆNG — Ngứa, ngứa ran hoặc sưng môi, lưỡi hoặc miệng
-
-
- CỔ HỌNG — Cổ họng căng hoặc khàn, khó thở hoặc khó nuốt
-
-
- PHỔI — Khó thở, ho lặp đi lặp lại và/hoặc thở khò khè
-
-
- TỔNG QUÁT — Hoảng sợ, tự nhiên cảm thấy sắp chết
-
-
- DA — Phát ban, phát ban ngứa và/hoặc sưng ở mặt hoặc tứ chi
-
-
- RUỘT — Buồn nôn, đau dạ dày/bụng đau quặn, nôn mửa và/hoặc tiêu chảy
-
-
- TIM — "Thready" pulse, "bất tỉnh", ngất xỉu, xanh xao, nhợt nhạt
-
-
- KHÁC — _____

Tiếp tục ở trang tiếp theo

Các dấu hiệu và triệu chứng mới phát khởi cho phản ứng dị ứng của học sinh là gì? (Hãy cụ thể; bao gồm những điều học sinh của quý vị có thể nói.)

Các triệu chứng xuất hiện nhanh như thế nào sau khi tiếp xúc với thực phẩm gây dị ứng? (giây, phút, giờ, ngày)

Điều trị

Học sinh của quý vị đã bao giờ cần điều trị tại phòng khám hoặc bệnh viện vì phản ứng dị ứng chưa?

Không Có, giải thích: _____

Học sinh của quý vị đã bao giờ cần sử dụng kim tiêm epinephrine để điều trị phản ứng dị ứng chưa? Có Không

Học sinh của quý vị có hiểu làm thế nào để tránh (các) thực phẩm gây ra dị ứng không? Có Không

Bữa ăn ở trường

Học sinh của quý vị sẽ ăn các bữa ăn do Trường Công Lập Seattle cung cấp (bữa sáng hoặc bữa trưa)?

Không. Nếu không, học sinh của tôi sẽ **KHÔNG BAO GIỜ** ăn các bữa ăn do Trường Công Lập Seattle cung cấp.

Có. **Nếu có, hãy tiếp tục bên dưới.**

Di ứng hoặc không dung nạp thực phẩm của con tôi là **KHÔNG** đe dọa đến tính mạng. Chọn đáp ứng điều chỉnh chế độ ăn uống đặc biệt phù hợp:

Tôi **KHÔNG** yêu cầu chế độ ăn uống đặc biệt cho học sinh của tôi. Học sinh của tôi sẽ tự chọn các thực phẩm mà không bị hạn chế.

Tôi yêu cầu cho chế độ ăn uống đặc biệt. (Liên hệ với y tá trường học cho đơn Chế Độ Ăn Uống)

HOẶC

Di ứng thực phẩm của học sinh của tôi **LÀ** đe dọa tính mạng*

Học sinh với dị ứng thực phẩm mà đe dọa đến tính mạng phải cung cấp cho nhà trường Chỉ Thị Thuốc cho Dị ứng/Phản vệ Nghiêm trọng và thuốc được kê toa, nếu được chỉ định, trước ngày khai giảng của mỗi năm học để học sinh có thể đến trường. Các yêu cầu chế độ ăn uống đặc biệt được chỉ định trong kế hoạch sẽ được cung cấp với chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ

Ngày

Xem qua bởi Thạc sĩ Y Tá

Ngày

*Trước khi đi học, mỗi trẻ em có tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng sẽ xuất trình một loại thuốc hoặc chỉ thị điều trị giải quyết tình trạng này. Tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng có nghĩa là một tình trạng sẽ khiến trẻ có nguy cơ tử vong trong ngày học nếu không có thuốc và/hoặc chỉ thị điều trị và kế hoạch điều dưỡng. Sau khi nộp thuốc hoặc chỉ thị điều trị, một kế hoạch điều dưỡng sẽ được phát triển bởi y tá của trường. Thuốc và chỉ thị điều trị được yêu cầu hoàn thành mỗi năm học. Học sinh có tình trạng sức khỏe đe dọa đến tính mạng sẽ được giới thiệu đến 504 Team để đánh giá. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, SPS Superintendent Procedure 3413SP)