

## الطلاب الذين لديهم حساسية Students with allergies

يجب ملء هذه الاستمارة باللغة الإنكليزية من جانب والد(ة)/مقدم رعاية الطفل الذي لديه حساسية وإعادتها إلى المدير أو من ينوب عنه من الموظفين التنفيذيين. ستتمل المدرسة أول حقلين في الاستمارة. والغرض من جمع هذه المعلومات هو معرفة الطلاب المعرضين لخطر الإصابة بتردة فعل حساسية حادة. سيتم استخدام المعلومات التي ترد في هذه الاستمارة لمساعدة المدرسة على تحديد الإجراء الذي ينبغي اتخاذه بشأن الطلاب الذين لديهم حساسية.

حضرة الوالد(ة)/مقدم الرعاية

اسم الطالب:

School to insert name of student

لقد ذكرت بأن لدى طفلك حساسية/حساسيات معينة. هذه الحساسية/الحساسيات هي تجاه

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

يُرجى الإجابة عن الأسئلة أدناه وإعادة الاستمارة إلى المدير أو من ينوب عنه من الموظفين التنفيذيين.

1. لقد شخّص أحد الأطباء بأن لدى طفلي حساسية تجاه:

لسع/قرص الحشرات (Insect sting/bite)

الرجاء تحديد أنواعها: \_\_\_\_\_

الأدوية (Medication)

الرجاء تحديد أنواعها: \_\_\_\_\_

الطعام (Food)

الرجاء وضع إشارة مقابل نعم أو كلا

نعم (Yes) كلا (No)

• الفول السوداني (Peanuts)

• المكسرات (Nuts)

إذا كانت الإجابة نعم للمكسرات، الرجاء تحديد أنواعها

Type/s of nut/s

• السمك (Fish)

• الأسماك الصدفية (Shellfish)

• الصويا (Soy)

• السمسم (Sesame)

• القمح (Wheat)

• الحليب (Milk)

• البيض (Egg)

الرجاء تحديد أي نوع آخر من الطعام غير الأطعمة المدرجة أعلاه:

Other type of food

لا تكتس (المطاط) (Latex)

حساسية أخرى، الرجاء تحديد ما هي:

Other allergy

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- الرجاء وضع إشارة مقابل نعم أو كلا
- (No) كلا (Yes) نعم
- 
2. تم إدخال طفلي إلى المستشفى مصاباً بردة فعل حساسية حادة  
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction
- 
3. تم وصف محقن أدرنالين تلقائي لطفلي (Anapen® أو EpiPen®)  
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)
- 
4. توجد ASCIA Action Plan<sup>1</sup> لطفلي في ما يتعلق بالإعوار  
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis<sup>1</sup>  
(إذا كان الأمر كذلك يُرجى إرفاقها وإعادتها مع الاستمارة)

ملأها (الرجاء كتابة اسمك بحروف كبيرة هنا):

\_\_\_\_\_  
Name of parent/carer

توقيع الوالدة/مقدم الرعاية:

\_\_\_\_\_  
Signature of parent/carer

التاريخ:

\_\_\_\_\_  
Date

1 في كل مرة يتم وصف محقن أدرنالين تلقائي لطفلك سيصدر الطبيب ASCIA Action Plan for Anaphylaxis محدثة. من المهم أن تكون هذه هي الخطة التي تقدمها للمدرسة.