

Mga estudyante na may mga alerdyi

Students with allergies

Ang porma na ito ay dapat kumpletuhin sa Ingles ng magulang/nag-aalaga sa estudyante na may alerdyi at ibalik sa prinsipal o inatasang kawani sa ehekutibo. Ang paaralan ang magkukumpleto sa unang dalawang bahagi. Ang layunin ng pangangalap ng impormasyon na ito ay upang makilala ang mga estudyante na nanganganib sa matinding alerdying reaksyon. Ang impormasyon na ibibigay sa porma na ito ay gagamitin upang tulungan ang paaralan na mapagpasya kung ano ang aksyon na kailangang gawin na may kinalaman sa estudyante na may alerdyi.

Mahal na magulang/nag-aalaga

Pangalan ng estudyante: _____
 School to insert name of student

Ipinaalam ninyo na ang inyong anak ay may alerdyi o mga alerdyi. Ang alerdyi/mga allerdyi ay

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

Kumpletuhin po lamang ang mga tanong sa ibaba at ibalik sa prinsipal o inatasang kawani sa ehekutibo.

1. Sinuri at pinag-aralan ng doktor na ang aking anak ay may alerdyi sa:

Kagat/tusok ng insekto (Insect sting/bite)
 Ipaliwanag po lamang: _____

Paggamot (Medication)
 Ipaliwanag po lamang: _____

Pagkain (Food):
 Tsekan po ang mga kahon para sa Oo o Hindi

- | | Oo (Yes) | Hindi (No) |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Mga mani (Peanuts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mga nuwes (Nuts) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kung oo sa mga nuwes, ipaliwanag po ang uri o mga uri

Type/s of nut/s _____

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Isda (Fish) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pagkaing dagat (Shellfish) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Balatong/munggo (Soy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sesame (Sesame) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trigo (Wheat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gatas (Milk) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Itlog (Egg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ipaliwanag po lamang ang iba pang uri ng pagkain na wala sa listahan sa itaas:

Other type of food _____

Lateks tulad ng dagta (Latex)

Iba pang alerdyi, ipaliwanag po lamang:
 Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

	<i>Tsekan po lamang ang mga kahon para sa Oo o Hindi</i>	Oo (Yes)	Hindi (No)
2.	Ang anak ko ay naospital na may matinding alerdying reaksyon My child has been hospitalised with a severe allergic reaction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ang aking anak ay sinuri at binigyan ng adrenaline autoinjector (EpiPen® o Anapen®) My child has been prescribed an adrenaline autoinjector (EpiPen® or Anapen®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ang aking anak ay mayroong ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹ My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ¹ (Kung oo, pakikabit lamang ito at ibalik kasama ang porma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nakumpleto ni (*paki-print po lamang ang inyong pangalan dito*): _____
Name of parent/carer

Lagda ng magulang/nag-aalaga: _____
Signature of parent/carer

Petsa: _____
Date

¹ Sa tuwing bibigyan ang inyong anak ng bagong adrenaline autoinjector, ang doktor ay magbibigay ng iniangkop sa panahon na ASCIA Action Plan for Anaphylaxis. Mahalaga na ito ang plano na dapat ibigay sa paaralan.