

ကိုဖိလအိန်ဒီးတင်လတဘဉ်လိင်သးဒီးအိဉတဖဉ်

Students with allergies

လိင်တကွီဒီးအိဉတင်ကဘဉ်မဉပဲဒီးအိဉလအကလးကျိဉ်, လကွီဖိလအိန်ဒီးတင်လအတဘဉ်လိင်သးဒီးအိဉအမိဉပဉ်/ပုဉကဟုကယဉ်ကွီထွဲတင် ဒီးဘဉ်ဆုကဒါကုဉဆုကွီခိဉ်မတမုဉ်အပုဉမဉတင်ဖိလတင်ဟုဉ်မုဟုဉ်ဒါအိဉအအိဉနုဉ်လိဉ. ကွီကမဉပဲဒီးအဆိကတဘဉ်တင်လိဉခတီဉနုဉ်လိဉ. တင်တိဉလတင်ထာဖိဉ်တင်ကွီအိဉလတဘဉ်ဟုဉ်နုဉ်ကွီဖိလအိန်ဒီးတင်လိဉဘဉ်ယိဉ်လတင်အတဘဉ်လိင်သးအနးတဖဉ်ဂဉ်တင်ခိ ဆာ လိင်သးအဂီဉနုဉ်လိဉ. တင်ဂုဉ်တင်ကွီတင်ဟုဉ်ထိဉ်လလိင်တကွီဒီးပုဉတဖဉ်တင်ကဆိးကါအိဉလတင်မဉပဲဒီးကွီအတင်ဆာတင်လတင်လလိဉ် မဉအိဉတဖဉ်လဘဉ်ထွဲလိင်သးဒီးကွီဖိအိန်ဒီးတင်လတဘဉ်လိင်သးဒီးအိဉတဖဉ်လိဉ.

မိဉပဉ်/ပုဉကဟုကယဉ်ကွီထွဲတင်သးဘိ

ကွီဖိမံဉ- _____
School to insert name of student

နပဉ်ဖျါဒူးသုဉ်ညါလကနဖိအိန်ဒီးတင်လတဘဉ်လိင်သးဒီးအိဉ/တဖဉ်လိဉ. တင်လတဘဉ်လိင်သးဒီးအိဉ/တဖဉ်ဘဉ်ထွဲလိင်သးဒီး

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

ဝံသးစူဉမဉပဲဒီးတင်သံကွီလလိင်တဖဉ်ဒီးဆုကဒါကုဉဆုကွီခိဉ်မတမုဉ်ပုဉမဉတင်ဖိလတင်ဟုဉ်မုဟုဉ်ဒါအိဉအအိဉနုဉ်တ ကွီ.

1. ကသံဉ်သရဉ်ဃုထံဉ်သုဉ်ညါဝဲလယဖိအိန်ဒီးတင်လတဘဉ်လိင်သးဒီး-

တင်ဖိဃုဉဆဲး/အုဉ် (Insect sting/bite)
ဝံသးစူဉပဉ်ဖျါထိဉ်လိဉတင်လိဉဆဲး- _____

ကသံဉ်ကသီ (Medication)
ဝံသးစူဉပဉ်ဖျါထိဉ်လိဉတင်လိဉဆဲး- _____

တင်အိဉ် (Food):
ဝံသးစူဉတီဉပနီဉ်တင်အဒါလမုဉ်မတမုဉ်တမုဉ်ဘဉ်

	မုဉ် (Yes)	တမုဉ်ဘဉ် (No)
• သဘုဟီဉ်လိဉ် (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• တင်အချံသဉ် (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

မုဉ်လတင်အချံသဉ်ဒီးဝံသးစူဉပဉ်ဖျါအကလုဉ်လိဉတင်လိဉဆဲးတကွီ

Type/s of nut/s _____

• ညဉ် (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ဆွဲဉ်သဒီဉ် (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ဘီဘဉ် (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• နံဉ်သိ (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ဘုကွီဉ် (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• တင်နုဉ်ထံ (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• တင်ခိဉ် (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ဝံသးစူဉပဉ်ဖျါတင်အိဉ်အဂုဉ်အဂုဉ်လတင်တပဉ်ဖျါဘဉ်အိဉလတထးလိဉတင်လိဉဆဲး-

Other type of food _____

ရါးဘဉ် (Latex)

တင်အဂုဉ်အဂုဉ်လအတဘဉ်လိင်သး, ဝံသးစူဉပဉ်ဖျါထိဉ်လိဉတင်လိဉဆဲး-
Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

ဝံသးစူဉ်တီၤပူၤနီၤတၢ်အဒၢၤလၢမ့ၢ်မ့ၢ်တမ့ၢ်ဘၣ်

မ့ၢ် (Yes)

တမ့ၢ်ဘၣ်(No)

2. ယမိဘၣ်တၢ်တံၢ်ထီၣ်တၢ်ဆါဟံၣ်လၢတၢ်အတဘၣ်လိၣ်သးအနးတဖၣ်ဂၢၢ်ခီဆါ
လိၣ်သးအဃိလီၤ
My child has been hospitalised with a severe allergic reaction

3. ယမိဘၣ်တၢ်နီၤလီၤန့ၢ်အဒြိၣ်နလုကသံၣ်ဆဲးလၢကစၢ်ဆဲးလီၤသး
(EpiPen® မ့ၢ်တမ့ၢ် Anapen®) လီၤ
My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® or Anapen®)

4. ယမိအိၣ်ဒီး ASCIA Action Plan လၢဂၢၢ်ခီဆါလိၣ်သးအနးတကလုၣ်အဂီၢ်လီၤ
My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis¹
(မ့ၢ်ဒီး, ဘျးစဲဃုာ်တၢ်အဝဲအံၤဒီးဆုၢ်ကဒါက့ၤဃုာ်ဒီးလိာ်တက့ၢ်ဒီးတက့ၢ်)

ဘၣ်တၢ်မၤပဲၤအီၤလၢ (ကွဲးလီၤမံၤစဲးကွဲးမဲးအံၤတက့ၢ်) _____
Name of parent/carer

မိၢ်ပၢ်/ပုၤကဟုကယၢ်ကွၢ်ထွဲတၢ်ဆဲးစုပနီၣ် _____
Signature of parent/carer

နံၤသီ _____
Date

¹ တဘျီလုၣ်လုၣ်မဲးတၢ်နီၤလီၤန့ၢ်အဒြိၣ်နလုကသံၣ်ဆဲးအသိလၢကစၢ်ဆဲးဒီးကသံၣ်သရၣ်ကဟ့ၣ်လီၤ ASCIA Action Plan for Anaphylaxis လၢအသိန့ၢ်လီၤ.တၢ်အဝဲန့ၢ်အရူဒိၣ်ဝဲလၢတၢ်အဝဲအံၤမ့ၢ်တၢ်တိၣ်ကျဲၤလၢတၢ်ဟ့ၣ်လီၤဆူကွဲးန့ၢ်လီၤ.