

សិស្សដែលមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី

Students with allergies

មាតា បិតា/អ្នកថែទាំសិស្សត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទនេះជាភាសាអង់គ្លេសប្រសិនបើសិស្សមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី រួចបញ្ជូនមកនាយកសាលា ឬបុគ្គលិករដ្ឋបាលជាន់ខ្ពស់ទទួលភារកិច្ចនេះ។ សាលានឹងបំពេញចំណុចពីផ្នែកផ្សេងៗ។ ការប្រមូលព័ត៌មាននេះមានគោលបំណងស្វែងយល់ថា តើសិស្សណាដែលអាចមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី ព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះនឹងត្រូវប្រើសម្រាប់ជួយសាលាក្នុងការកំណត់ពីសកម្មភាពចាំបាច់ដែលត្រូវអនុវត្តពាក់ព័ន្ធនឹងសិស្សដែលមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី។

ជូនចំពោះមាតា/បិតា/អ្នកថែទាំសិស្សជាទីគោរពរាប់អាន!

ឈ្មោះសិស្ស ៖ _____

School to insert name of student

លោកអ្នកបានដឹងថា កូនរបស់លោកអ្នកមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ី។ ប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីនេះ/ទាំងនេះគឺ

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

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមនេះ រួចបញ្ជូនមកនាយកសាលា ឬបុគ្គលិករដ្ឋបាលជាន់ខ្ពស់ទទួលភារកិច្ចនេះ។

1. លោកអ្នកជួបប្រទះបានឃើញថា កូនរបស់ខ្ញុំមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីជាមួយនឹង ៖

សត្វល្អិតទឹក/ខាំ (Insect sting/bite)
សូមរៀបរាប់បញ្ជាក់ ៖ _____

ថ្នាំពេទ្យ (Medication)
សូមរៀបរាប់បញ្ជាក់ ៖ _____

ចំណីអាហារ (Food):

សូមគូសសញ្ញា (✓) នៅក្នុងប្រអប់បាទ/ចាស ឬទេ	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)
• គ្រាប់សណែកដី (Peanuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• គ្រាប់សណែក/គ្រាប់ផ្លែឈើផ្សេងៗទៀត (Nuts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ប្រសិនបើមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីជាមួយនឹងគ្រាប់សណែក/គ្រាប់ផ្លែឈើផ្សេងៗទៀត សូមបញ្ជាក់អំពីប្រភេទ

Type/s of nut/s _____		
• ត្រី (Fish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ពពួកសត្វខ្យងខ្មៅ (Shellfish)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• សណែកសៀង (Soy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ល្ង (Sesame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ស្រូវសាលី (Wheat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ទឹកដោះគោ (Milk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ស៊ុតសត្វ (Egg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

សូមរៀបរាប់បញ្ជាក់អំពីប្រភេទអាហារផ្សេងទៀត ដែលមិនមានបញ្ជីក្នុងផ្នែកខាងលើ ៖

Other type of food _____

ជ័រ (Latex)

ប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីផ្សេងៗទៀត សូមរៀបរាប់បញ្ជាក់ ៖
Other allergy _____

Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

សូមគូសសញ្ញា (✓) នៅក្នុងប្រអប់បាទ/ចាស ឬទេ

បាទ/ចាស
(Yes) ទេ
(No)

2. កូនរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយសារមាន
ប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីកធ្ងន់ធ្ងរ

My child has been hospitalised with a severe allergic reaction

3. កូនរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានវេជ្ជបណ្ឌិតចេញវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើស៊ីរ៉ាំងស្វ័យ
ប្រវត្តិសម្រាប់ចាក់ថ្នាំadrenaline (adrenaline autoinjector)

(EpiPen® ឬ Anapen®)

My child has been prescribed an adrenaline autoinjector
(EpiPen® or Anapen®)

4. កូនរបស់ខ្ញុំមាន ASCIA Action Plan សម្រាប់ប្រតិកម្មទំនាស់ធ្ងន់ធ្ងរ¹

My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis¹

(ប្រសិនបើមាន សូមភ្ជាប់ឯកសារនេះមកជាមួយនឹងទម្រង់បែបបទនេះ)

បំពេញដោយ *(សូមសរសេរឈ្មោះលោកអ្នកឱ្យបានច្បាស់នៅត្រង់នេះ) ៖* _____
Name of parent/carer

ហត្ថលេខារបស់មាតា/បិតា/អ្នកថែទាំ ៖ _____
Signature of parent/carer

កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____
Date

¹ រាល់ពេលកូនរបស់អ្នកមានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើស៊ីរ៉ាំងស្វ័យប្រវត្តិសម្រាប់ចាក់ថ្នាំadrenaline (adrenaline autoinjector) ថ្មី
វេជ្ជបណ្ឌិតនឹងចេញ ASCIA Action Plan for Anaphylaxis ថ្មីបំផុតមួយច្បាប់។ ការបញ្ជូនឯកសារនេះមកសាលាគឺជាការ
ចាំបាច់។