

# دانش‌آموزانی که حساسیت دارند

## Students with allergies

این فرم باید توسط پدر، مادر / مراقب دانش‌آموزی که حساسیت دارد به زبان انگلیسی پر شده و به مدیر مدرسه یا کارمند اجرایی نماینده او برگردانده شود. دو قسمت اول فرم را مدرسه پر خواهد کرد. هدف از جمع‌آوری این اطلاعات شناسایی دانش‌آموزانی است که در خطر یک واکنش حساسیتی شدید هستند. اطلاعاتی که در این فرم ارائه می‌شود به مدرسه کمک می‌کند تا اقدامات لازم در رابطه با دانش‌آموزی را که حساسیت دارد تعیین کنند.

پدر، مادر / مراقب عزیز

نام دانش‌آموز:

School to insert name of student

شما مشخص کرده‌اید که فرزندتان حساسیت / حساسیت‌هایی دارد. این حساسیت / حساسیت‌ها به مواد زیر است

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

لطفاً سوالات زیر را پاسخ داده و به مدیر مدرسه یا کارمند اجرایی نماینده او برگردانید.

1. یک دکتر تشخیص داده است که فرزند من به اینها حساسیت دارد:

نیش / گاز حشره (Insect sting/bite)

لطفاً مشخص کنید:

دارو (Medication)

لطفاً مشخص کنید:

مواد غذایی (Food)

لطفاً مربع بله یا نه را علامت بزنید

نه (No)

بله (Yes)



• بادام زمینی (Peanuts)



• آجیل (Nuts)

اگر پاسخ برای آجیل بله است، لطفاً نوع/انواع آن را مشخص کنید

Type/s of nut/s



• ماهی (Fish)



• صدف داران (Shellfish)



• سویا (Soy)



• کنجد (Sesame)



• گندم (Wheat)



• شیر (Milk)



• تخم مرغ (Egg)

لطفاً هر نوع ماده غذایی دیگر را که در بالا نام برده نشده است مشخص کنید:

Other type of food

پلاستیک ساخته شده از شیره گیاهی (Latex)

حساسیت دیگر، لطفاً مشخص کنید:

Other allergy

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

- | (No) نه                  | (Yes) بله                | لطفاً مربع بله یا نه را علامت بزنید  |    |
|--------------------------|--------------------------|--|----|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | فرزند من بخاطر واکنش حساسیتی شدید در بیمارستان بستری شده است<br>My child has been hospitalised with a severe allergic reaction   | 2. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | تزریق کننده اتوماتیک آدرنالین برای فرزند من تجویز شده است<br>(Anapen® یا EpiPen®)<br>My child has been prescribed an adrenaline autoinjector<br>(EpiPen® or Anapen®)                                       | 3. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | فرزند من برای آنافیلاکسی یک ASCIA Action Plan <sup>1</sup> دارد <sup>1</sup><br>My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis <sup>1</sup><br>(اگر بله، لطفاً آن را ضمیمه کرده و با این فرم برگردانید) | 4. |

تکمیل شده توسط (لطفاً نامتان را اینجا با حروف جدا بنویسید):

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

امضای پدر، مادر / مراقب

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

تاریخ:

\_\_\_\_\_  
Date

<sup>1</sup> هر بار که یک تزریق کننده اتوماتیک آدرنالین برای فرزند شما تجویز می‌شود، دکتر یک ASCIA Action Plan for Anaphylaxis جدید برای آنافیلاکسی تهیه خواهد کرد. مهم است که همان را به مدرسه بدهید.