

# PLANUL INDIVIDUAL DE SĂNĂTATE PENTRU ALERGIE

(Părintele / tutorele completează acest formular)

NUMELE STUDENTULUI \_\_\_\_\_ Data Nașterii \_\_\_\_\_ ȘCOALA \_\_\_\_\_

CLASA \_\_\_\_\_ ÎNVĂȚĂTOR \_\_\_\_\_ ANUL ȘCOLAR \_\_\_\_\_

PĂRINTE/TUTORE \_\_\_\_\_ PERSOANA DE CONTACT/NUMĂR DE TELEFON \_\_\_\_\_

MEDIC \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

SPECIALIST \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

La ce este alergic copilul dvs. (tip de mâncare, medicamente specifice, tip de insectă etc.)?

Vă rugăm să descrieți ce se întâmplă cu copilul dvs. în timpul unei reacții alergice (simptome etc.):

Copilul dumneavoastră are ordinul medicului să i se administreze Benadryl sau Zyrtec (generic: Cetirizine) la școală și este acest medicament la școală?  Da  Nu

Copilul dumneavoastră are ordinul medicului să li se administreze o Epinefrină injectabilă (exemplu: Epi-pen, Epi-pen Jr., Auvi-Q sau Epi-pen generică) și este acest medicament la școală.?  Da  Nu

Copilul dvs. a fost într-o cameră de urgență din cauza unei reacții alergice în ultimul an?  Da  Nu  
Dacă da, descrieți:

Copilul dvs. a avut o reacție alergică severă care a necesitat epinefrină injectabilă, cum ar fi Epi-pen, în trecut?  Da  Nu  
Dacă da, când?

În cazul în care nu puteți fi contactat, vă rugăm să enumerați numele și numărul (numerele) de telefon al persoanelor care sunt familiarizate cu alergiile copilului dvs. și care știu cum să gestioneze această reacție alergică. *Vă rugăm, de asemenea, adăugați această persoană la lista de preluare a copilului dvs., în cazul în care ar putea avea nevoie să preia copilul de la școală din cauza alergiei lor.*

Nume: \_\_\_\_\_ Număr de Telefon: \_\_\_\_\_

Nume: \_\_\_\_\_ Număr de Telefon: \_\_\_\_\_

Există orice altceva dorești ca personalul școlar să afle despre alergiile / alergiile copilului dvs.?

**ATENȚIE: Vă recomandăm un plan de acțiune de urgență, completat de un medic, pentru toți copiii cu alergii severe.** Vă rugăm să consultați partea din spate a acestui formular pentru a face pașii pe care îi poate face personalul școlar în caz de urgență medicală. Acestea vor fi urmate dacă copilul dvs. nu are un plan de acțiune de urgență la școală pentru această condiție.

Îmi dau permisiunea pentru copilul meu, \_\_\_\_\_, să primească îngrijiri pentru starea medicală enumerate mai sus de către personalul școlar desemnat.

Asistenta școlară poate împărtăși informații cu privire la această condiție cu medicul copilului meu.

SEMNĂTURA PĂRINTELUI / TUTORELUI \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA ASISTENTEI MEDICALE ȘCOLARE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

# PLANUL INDIVIDUAL DE SĂNĂTATE PENTRU ALERGIE

# De urgență: Anafilaxie (reacție alergică severă)

NUMELE STUDENTULUI \_\_\_\_\_

ALERGIC LA \_\_\_\_\_

**Notă: Dacă elevul are, de asemenea, un Plan de Acțiune de Urgență (EAP) pentru această condiție, vă rugăm să consultați EAP pentru acțiuni care ar trebui să întreprindă personalul școlii. În caz contrar, urmați pașii de mai jos.**

Acest student are un EAP:  Da  Nu

## Simptome:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Etanșeitatea, mâncărimea sau umflarea gâtului   | <input type="checkbox"/> Greață și vărsături, diaree sau crampe abdominale |
| <input type="checkbox"/> Răgușeală   | <input type="checkbox"/> Dureri de stomac                                  |
| <input type="checkbox"/> Tuse, respirație șuierătoare, durere în piept, etanșeitate în piept sau dificultăți de respirație | <input type="checkbox"/> Insuficiență cardiacă                             |
| <input type="checkbox"/> Umflarea sau mâncărimea buzelor sau limbii  | <input type="checkbox"/> Bătăi neregulate ale inimii sau un puls slab      |
| <input type="checkbox"/> Senzație sau agitație incomodă  | <input type="checkbox"/> Curge nasul/nas înfundat/strănuturi               |
| <input type="checkbox"/> Urticarie generalizată  | <input type="checkbox"/> Amețeli sau confuzii                              |
| <input type="checkbox"/> Mâncărime severă, roșeață sau umflare a pielii  | <input type="checkbox"/> Leșin sau șoc                                     |

## Intervenții:

1. Rămâneți cu elevul; elevul nu trebuie să părăsească locația sau să fie lăsat singur.
2. Sunați la 911 dacă este indicat mai sus. Notificați biroul frontal pentru a direcționa EMS către locația studentului.
3. Apelați sau radiolocați pentru ajutor, dacă este nevoie. Personalul școlii pentru primii respondenți desemnați trebuie să răspundă la locația studentului și să aducă orice echipament inclusiv epinefrină injectabilă (Epi-pen).

1. Notificați părinții / tutorii sau desemnați un alt membru al personalului pentru a anunța acest lucru:

Numele Părintelui/Tutorelui: \_\_\_\_\_ Număr de telefon: \_\_\_\_\_

Numele contactului de urgență: \_\_\_\_\_ Număr de telefon: \_\_\_\_\_

4. Notificați asistenta medicală, dacă se află în clădire. Dacă asistenta școlară nu este prezentă, anunțați-o la întoarcere sau prin altă metodă de comunicare.

Informații suplimentare:

---

---

---

---