

ПРАВЛЕНИЕ ШКОЛ ОБЛАСТИ САРАСОТЫ, ФЛОРИДА и
ОТДЕЛ ЗДОРОВЬЯ ОБЛАСТИ САРАСОТЫ, ФЛОРИДА
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ШКОЛЫ
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231
PHONE (941) 927-9000

ФОРМА О НАЛИЧИИ АЛЛЕРГИИ
(ALLERGY HISTORY - RUSSIAN)

Инструкции: Пожалуйста, возвратите заполненную форму в школьный медпункт вашего ребёнка до.

Имя ребёнка _____ Дата Рождения _____

Название школы _____ Класс _____ Дата _____

ТИП АЛЛЕРГИИ

Поставьте необходимую отметку рядом с любой аллергией, которую испытывает ребёнок.

Медицинские препараты (опишите)

Пища (опишите)

Аллергены окружающей среды (опишите)

Укусы насекомых (опишите)

СИМПТОМЫ АЛЛЕРГИИ

Отметьте необходимую строчку с любым симптомом, который испытывает ваш ребёнок.

Крапивница/Крупная Сыпь

Шок

Опухоль _____

Слабость - головокружение

Затруднение дыхания

Другое (опишите) _____

Затруднение глотания

1. Посещал ли ваш ребёнок доктора, по причине любой вышеперечисленной аллергии? Да Нет

2. Был ли ваш ребёнок госпитализирован в любом случае аллергии? Да Нет

Опишите _____

3. Обязательно ли немедленное употребление медицинских препаратов после проявления любой аллергии?

Да Нет Если «Да», название лекарства _____

(Если «Да», тогда мы должны иметь и медицинские препараты, и Форму Разрешения/Медицинского Лечения в личном деле в школе.)

4. Если медицинское предписание необязательно, как школа должна относиться к аллергии?

Внимательное наблюдение Да Нет

Звонок родителям/опекунам Да Нет

Если медицинское заключение требует диетические изменения, нужно предоставить бюллетень от доктора с его указаниями.

комментарии _____

Имя родителей/опекунов _____ Номер тел. _____

Подпись родителей/опекунов _____ Дата _____