

ШКІЛЬНЕ ПРАВЛІННЯ ОКРУГУ САРАСОТИ, ШТАТУ ФЛОРІДА та
ВІДДІЛ ЗДОРОВ'Я ОБЛАСТІ САРАСОТИ, ФЛОРІДА
ШКІЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я
1960 LANDINGS BOULEVARD, SARASOTA, FL 34231
PHONE (941) 927-9000

ФОРМА ПРО НАЯВНІСТЬ АЛЕРГІЇ
(ALLERGY HISTORY-UKRAINIAN)

Інструкції: Будь ласка, поверніть заповнену форму в шкільний медпункт вашої дитини до

Ім'я дитини _____ Дата народження _____

Школа _____ Клас _____ Дата _____

ТИП АЛЕРГІЇ

Поставте необхідну відмітку поруч з будь-якою алергією, яку відчуває дитина.

Медичні препарати (опишіть внизу) Їжа (опишіть внизу)

Алергени навколишнього середовища (опишіть внизу) Укуси комах (опишіть внизу)

СИМПТОМИ АЛЕРГІЇ

Визначте необхідне з будь-яким симптомом, який відчуває ваша дитина.

Сип або великі пухирі Шок
 Пухлини Слабкість – головокружіння
 Труднощі в диханні – важке дихання Інше (Опишіть) _____
 Труднощі в ковтанні _____

1. Чи відвідувала ваша дитина лікаря, з причини будь-якої вищеперерахованої алергії? Так Ні
2. Чи була ваша дитина госпіталізована в будь-якому випадку алергії? Так Ні
Опишіть _____
3. Чи обов'язкове невідкладне вживання медичних препаратів після проявлення будь-якої алергії? Так Ні
Якщо так, назву ліків _____

(Якщо «Так», тоді ми повинні мати і медичні препарати, і Форму Дозволу/Медичного Лікування в особистій справі учня в школі.)

4. Якщо медичні накази не обов'язкові, як школа повинна відноситися до алергії?
Уважний нагляд Так Ні
Дзвінок батькам/піклувальникам Так Ні

Якщо медичне заключення вимагає дієтичні зміни, тоді потрібно надати бюлетень від лікаря з його вказівками.

КОМЕНТАР _____

Ім'я батьків/піклувальників _____ Номер тел. _____

Підпис батьків/піклувальників _____ Дата _____