

## वे विद्यार्थी जिन्हें कोई एलर्जी है

### Students with allergies

इस फ़ॉर्म को एलर्जी से पीड़ित विद्यार्थी के माता-पिता/देखभाल-कर्ता द्वारा अंग्रेजी में भरा जाना चाहिए और प्रधानाचार्य या मनोनित प्रबंधक स्टाफ़ को लौटाया जाना चाहिए। पहले दो रिक्त स्थान स्कूल द्वारा भरे जाएंगे। इस जानकारी को इकट्ठा करने का लक्ष्य है उन विद्यार्थियों की पहचान करना जिनको गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया होने का खतरा है। इस फ़ॉर्म में प्रदान की गई जानकारी, स्कूल को मदद करने के लिए उपयोग की जाएगी जिससे यह निश्चित किया जाएगा कि एलर्जी से पीड़ित विद्यार्थी के साथ किस प्रकार की कार्यविधि की जानी चाहिए।

प्रिय माता-पिता/देखभाल-कर्ता

विद्यार्थी का नाम: \_\_\_\_\_

School to insert name of student

आपने बताया है कि आपके बच्चे को एलर्जी/एलर्जियाँ हैं। यह एलर्जी/एलर्जियाँ निम्नलिखित चीज़ों से हैं/हैं

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

कृपया नीचे दिए गए प्रश्नों को पूरा करें और प्रधानाचार्य या मनोनित प्रबंधक स्टाफ़ को लौटा दें।

1. डॉक्टर ने मेरे बच्चे को निम्नलिखित से एलर्जी होने की पहचान की है:

☐

कीड़े का डंक लगना / काटना (Insect sting/bite)

कृपया स्पष्ट करें: \_\_\_\_\_

☐

दवा (Medication)

कृपया स्पष्ट करें: \_\_\_\_\_

☐

खाद्य पदार्थ(Food):

कृपया चौखाने में 'हाँ' या 'नहीं' पर सही का निशान लगाएँ

हाँ (Yes)

नहीं (No)

• मूँगफली (Peanuts)

☐
☐

• मेवा (Nuts)

☐
☐

यदि मेवा पर 'हाँ' की है, तो कृपया स्पष्ट करें कि यह किस प्रकार की है

Type/s of nut/s \_\_\_\_\_

• मछली (Fish)

☐
☐

• सीपदार मछली (Shellfish)

☐
☐

• सोया बीन (Soy)

☐
☐

• तिल (Sesame)

☐
☐

• गेहूँ (Wheat)

☐
☐

• दूध (Milk)

☐
☐

• अंडे (Egg)

☐
☐

यदि ऊपर दी गई सूची के अलावा किसी अन्य खाद्यपदार्थ से एलर्जी हो तो कृपया स्पष्ट करें:

Other type of food \_\_\_\_\_

☐

रबड़ (Latex)

☐

कोई अन्य एलर्जी हो तो, कृपया स्पष्ट करें:

Other allergy \_\_\_\_\_

## Anaphylaxis Procedures for Schools Appendix 1

कृपया चौखाने में 'हाँ' या 'नहीं' पर सही का निशान लगाएँ

हाँ (Yes)

नहीं (No)

2. मेरे बच्चे को गम्भीर एलर्जी की प्रतिक्रिया होने के कारण अस्पताल में दाखिल करवाना पड़ा था

☐☐

My child has been hospitalised with a severe allergic reaction

3. मेरे बच्चे को डॉक्टर ने एड्रिनैलिन ऑटोइन्जेक्टर का उपयोग बताया है (EpiPen® या Anapen®)

☐☐

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

4. मेरे बच्चे को तीव्रग्रहिता (ऐनाफिलैक्सिस)<sup>1</sup> के लिए ASCIA Action Plan दिया गया है

☐☐

My child has an ASCIA Action Plan for Anaphylaxis<sup>1</sup>

(यदि 'हाँ' तो कृपया इसे संलग्न करें और फॉर्म के साथ लौटाएं)

फॉर्म भरने वाले का नाम (कृपया यहाँ पर अपना नाम बड़े अक्षरों में लिखें):

\_\_\_\_\_

Name of parent/carer

माता-पिता/देखभाल-कर्ता के हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

Signature of parent/carer

तिथि: \_\_\_\_\_

Date

<sup>1</sup> हर बार जब डॉक्टर आपके बच्चे/आपकी बच्ची को नया एड्रिनैलिन ऑटोइन्जेक्टर प्रिस्क्राइब करेगा तो वह नया ASCIA Action Plan for Anaphylaxis जारी करेगा। इसका ध्यान रखें कि यही वो प्लान है जो आपको स्कूल को देना है।