

CHESTIONAR PENTRU PĂRINȚII/TUTORII/REPREZENTANȚII LEGALI AI COPIILOR ALERGICI

Data completării ____/____/____

Date ale părintelui /tutorelui/reprezentantului legal:

Nume : _____ Prenume : _____

Adresa: _____

Telefon [1]: _____

Telefon [2]: _____

Adresa e-mail : _____

Date ale copilului

Nume: _____ Prenume : _____

Data nașterii ____/____/____ Vârsta : ____ Sex : masculin ☐ feminin ☐

Adresa : _____

Copilul dvs. a fost diagnosticat de un medic specialist/medic specialist alergolog cu una/ mai multe dintre următoarele boli alergice ?

- Alergie la alimente ☐
- Alergie la medicamente ☐
- Alergie la înțepături insecte ☐
- Dermatită (Eczema) atopică ☐
- Rinită alergică ☐
- Astm ☐
- Anafilaxie ☐
- Altele ☐

În cazul în care copilul dvs. este diagnosticat cu alergii alimentare, bifați care sunt alimentele pe care acesta NU LE POATE CONSUMA:

Lapte și produse lactate		Semințe floarea-soarelui/ mac /semințe de dovleac/cocos	
Ouă		Kiwi/banane/Pepene rosu/galben	
Pește		Măr/piersică	
Fructe de mare (creveți, scoici, caracatiță)		Roșii (tomate)	
Nucifere (alune de pădure, nuci, caju, fistic, altele)		Căpșune	

Arahide (alune de pământ)		Fasole/mazăre/năut	
Soia		Porumb/Hriscă	
Cereale cu gluten (grâu/orz/secară)		Miere de albine/propolis	
Muștar		Carne de pasăre/vită/porc	
Semințe de susan		Lupin	
Țelină/Morcov		Sulfiți	
Altele			

În cazul în care copilul dvs. este diagnosticat cu rinită alergică/ rinoconjunctivită alergică/ astm, bifați la ce este alergic:

Polen ☐ Acarienii (praf de casă) ☐ Epitelii (păr) de animale ☐ Mucegaiuri ☐ Altele ☐

În cazul în care copilul dvs. este diagnosticat cu o alergie medicamentoasă, menționați care sunt medicamentele care-i sunt INTERZISE:

Ați primit un Plan de Acțiune pentru gestionarea alergiilor copilului dvs. de la un medic specialist / medic specialist alergolog?

NU ☐ DA ☐

Copilul dvs. are indicație în Planul de Acțiune pentru folosirea autoinjectorului cu adrenalină (Epipen)?

NU ☐ DA ☐

Sunteți de acord să primiți informațiile despre alergii și despre programele ASSMB de informare pentru alergii*?

DA ☐ NU ☐

* Prin completarea acestui formular, inclusiv a adresei de e-mail, vă exprimați acordul pentru utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal exclusiv în scopul transmiterii de informații privind activitățile de informare, educație și prevenție organizate de A.S.S.M.B.

Menționăm că adresele dumneavoastră de e-mail nu vor fi distribuite terților. Utilizarea datelor cu caracter personal în alte scopuri decât cele descrise mai sus sau transmiterea acestora către terți, fără acordul dumneavoastră expres, este strict interzisă.

Chestionarul completat și documentele medicale care să ateste diagnosticul și recomandările medicului specialist/medicului specialist alergolog vor fi transmise la cabinetul medical școlar, în condiții de confidențialitate, exclusiv în scopul monitorizării și gestionării corespunzătoare a stării de sănătate a copilului.

Nume prenume parinte/reprezentant legal _____

Semnătura: _____