

CHESTIONAR PENTRU PĂRINȚII/TUTORII COPIILOR ALERGICI

Data completării __/__/__

Date ale părintelui sau tutorelui:

Nume : _____ Prenume : _____

Adresa: _____

Date ale copilului

Nume: _____ Prenume : _____

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

Adresa : _____

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

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

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

Polen ☐ Acarieni (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 specialist?

NU ☐ DA ☐

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

NU ☐ DA ☐

În situația în care copilul dvs. ar suferi o reacție alergică severă (anafilaxie) sunteți de acord cu administrarea tratamentului cu autoinjectorul cu adrenalină de către o persoană instruită în acordarea primului ajutor, alta decât cadrul medical ?

NU ☐ DA ☐

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

DA ☐ NU ☐

* Prin completarea acestui formular și a adresei de e-mail vă exprimați acordul în vederea utilizării și prelucrării datelor cu caracter personal strict în scopul informării.

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, este strict interzisă.

Date de contact (a se completa cu majuscule):

Adresa de e-mail : _____

Telefon: _____

Semnătura: _____