KÉRDŐÍV INTÉZMÉNYI EGÉSZSÉGÜGYI, ALLERGIÁS PROTOKOLL KIALAKÍTÁSÁHOZ

Kérjük a Kedves Szülőket, hogy az alábbi kérdőívet részletes leírással töltsék ki, hogy tájékoztatást kaphassunk gyermekük hatékony, felelősségteljes és biztonságos egészségügyi ellátása céljából.

Kérjük Önöket, amennyiben orvosi szakvélemény is van a gyermek egészségügyi állapotáról (allergia, asztma, egyéb krónikus betegség), úgy a kérdőív mellé csatolják az orvosi dokumentumot.

Gyermek neve:

Születési dátum:

TAJ:

Szülő telefonszáma:

E-mail cím:

Van-e tartós, krónikus betegsége a gyermekének?  IGEN  NEM

Amennyiben igen, úgy kérem sorolja fel:

Cukorbetegség  IGEN  NEM

Magas vérnyomás  IGEN  NEM

Szívbetegség  IGEN  NEM

Vesebetegség  IGEN  NEM

Asztma  IGEN  NEM

Ha igen, akkor van a gyermeknél saját inhalátor?

Krupp  IGEN  NEM

Rendszeresen szed gyógyszert?  IGEN  NEM

Ha igen, kérem írja le a gyógyszer nevét és adagolását:

Volt-e valaha anafilaxiás reakciója?  IGEN  NEM

Ha igen mikor, mi váltotta ki? Milyen tünetekkel jelentkezett?

Van-e saját adrenalin autoinjektora?  IGEN  NEM

Van-e gyógyszer allergiája?  IGEN  NEM

Ha igen, sorolja fel:

Van-e élelmiszer allergiája?  IGEN  NEM

Ha igen, sorolja fel

Egyéb allergia:

Előfordultak-e már étkezés közben vagy után rövid időn belül, esetleg méh-, rovarcsípés esetén az alábbi tünetek?  IGEN  NEM

Ha igen, karikázza be a tüneteket, ami megjelent:

HÁNYÁS HASMENÉS TESTSZERTE CSALÁNKIÜTÉSEK REKEDTSÉG-KÖHÖGÉS NEHEZÍTETT LEVEGŐVÉTEL ROSSZULLÉT-ÁJULÁS NYELÉSI NEHÉZSÉG FULLADÁS ÉRZÉS DUZZADT ARC-SZEM-NYELV

Egyéb:

Volt a gyereknek görcsös rohama, idegrendszeri problémája?

Ha közeli családtagnak van súlyos allergiás reakciója, kérjük tájékoztassanak bennünket erről is, hiszen az allergiára való hajlam örökölhető.

Kijelentem, hogy gyermekemnek tudomásom szerint más betegsége nincs.

Ha tanév közben bármilyen egészségügyi változás történik gyermekénél, köteles vagyok jelezni az óvoda igazgatójának.

Dátum:

Szülő aláírása