

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 gyerekeknek 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