

Tabela de Orientação e Supervisão Escolar Cotidiana (para doenças alérgicas)

Nome _____ Masc/Fem. Data de nascimento: Heisei ____ (ano)/ ____ (mês)/ ____ (dia) (____ anos) _____ escola ____ série ____ turma

Data de entrega: Heisei ____ (ano)/ ____ (mês)/ ____ (dia)

		Tipo de doença e tratamento		Cuidados do dia-a-dia na escola		[Contatos para emergências]	
Asma brônquica (Tem / Não tem)	A Classificação do grau de gravidade (tipo de ataque): 1. Intermitente 2. Persistente leve 3. Persistente moderado 4. Persistente grave		C Medicamento para crise aguda 1. Beta-agonista por inalação 3. Beta-agonista de uso interno		A Atividades físicas (Educação Física, atividades extra-classe, etc.) 1. Sem necessidade de cuidados 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. Impossível realizar exercícios físicos puxados		Responsável Telefone : _____ Instituição médica a contatar Nome da instituição médica : _____ Telefone : _____
	B-1 Medicamento de administração prolongada (por inalação): 1. Esteróides inaladores 2. Beta-agonista de ação prolongada por inalação 3. Anti-alérgico de inalação ("Intal [®] ") 4. Outros (_____)		D. Mediadas a serem tomadas quando ocorrer uma crise aguda (escrever livremente)		B. Atividades em contato com animais e ou em ambientes com poeira, etc. 1. Sem necessidade de cuidados 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. Impossível, devido a forte alergia à animais, Nome do animal (_____)		
	B-1 Medicamento de administração prolongada (uso interno, emplástro): 1. Medicamento a base de teofilina com ação prolongada 2. Antagonistas do receptor de leucotrienos 3. Beta-agonista de uso interno/emplástro 4. Outros (_____)				C. Atividades de estudos externos que necessitam de pernoite 1. Sem necessidade de cuidados 2. Decidir após consultar os responsáveis		
				D. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)		Data de preenchimento _____ (ano)/ _____ (mês)/ _____ (dia)	
						Nome do médico _____	
						Nome da instituição _____	
Dermatite atópica (Tem / Não tem)	A. Referência de nível de intensidade (Kousei Roudou Kagaku Kenkyuu-han) 1. Caso leve: Independente da área, constata-se apenas uma leve erupção cutânea. 2. Caso médio: Constata-se erupção cutânea acompanhada de forte inflamação em menos de 10% da área superficial do corpo. 3. Caso grave: Constata-se erupção cutânea acompanhada de forte inflamação em mais de 10% e menos de 30% da área superficial do corpo. 4. Caso extremamente grave: Constata-se erupção cutânea acompanhada de forte inflamação em mais de 30% da área superficial do corpo. * Erupção cutânea leve: Eritema de intensidade leve, ressecamento, alteração patológica da parte principal da descamação * Erupção cutânea causada por forte inflamação: Alteração patológica acompanhada de eritema, pápula, erosão da pele, infiltrações, liquen plano, etc.		B-1. Medicamento de uso externo para uso diário 1. Pomada esteróide 2. Pomada tacrolimus ("Protopic [®] ") 3. Hidratantes 4. Outros (_____)		C. Após suar 1. Sem necessidade de cuidados 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. (Sendo possível nas instalações da escola) No verão, tomar banho de chuveiro		Data de preenchimento _____ (ano)/ _____ (mês)/ _____ (dia)
	B-2. Medicamento de uso interno para uso diário 1. Anti-histamínico 2. Outros (_____)		C. Combinação com alergia alimentar 1. Tem 2. Não tem		D. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)		
						Nome do médico _____	
						Nome da instituição médica _____	
Conjuntivite alérgica (Tem / Não tem)	A. Tipo de doença 1. Conjuntivite alérgica perene 2. Conjuntivite alérgica sazonal (kafun-sho – alergia ao pólen) 3. Catarro da primavera 4. Ceratoconjuntivite atópica 5. Outros (_____)				A. Orientações na piscina 1. Sem necessidade de supervisão 2. Decidir após consultar os responsáveis 3. Impossível entrar na piscina		Data de preenchimento _____ (ano)/ _____ (mês)/ _____ (dia)
	B. Tratamento 1. Antialérgico ocular em gotas 2. Esteróide ocular em gotas 3. Imunossupressor ocular em gotas 4. Outros (_____)				B. Supervisão em atividades externas 1. Sem necessidade de supervisão 2. Decidir após consultar os responsáveis		
					C. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)		
						Nome do médico _____	
						Nome da instituição médica _____	

Tabela de Orientação e Supervisão Escolar Cotidiana (para doenças alérgicas)

Nome _____ Masc/Fem. Data de nascimento: Heisei____(ano)/____(mês)/____(dia)(__anos) _____escola ____série ____turma Data de entrega: Heisei____(ano)/____(mês)/____(dia)

Tipo de doença e tratamento		Cuidados do dia-a-dia na escola	[Contatos para emergências]
Alergia alimentar (Tem / Não tem)	A. Tipo de doença alérgica alimentar (preencher somente no caso de ter alergia alimentar)	A. Refeição escolar 1. Sem necessidade de supervisão 2. Decidir após consultar os responsáveis	Responsável Telefone : _____ Instituição médica a contatar Nome da instituição médica : _____ Telefone : _____
	1. Tipo imediato		
	2. Síndrome de alergia oral		
	3. Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos		
Anafilaxia (Tem / Não tem)	B. Tipo de doença anafilática (preencher somente no caso de ter histórico de anafilaxia)	B. Aulas/atividades que utilizam alimentos/ ingredientes alimentícios 1. Sem necessidade de supervisão 2. Decidir após consultar os responsáveis	
	1. Alimentos (Causa)		
	2. Anafilaxia induzida por exercício dependente de alimentos		
	3. Anafilaxia induzida por exercício		
C. Alimento causador / razão do diagnóstico Circular o número do alimento correspondente e descrever a razão do diagnóstico nos parênteses	1. Ovo ()	C. Atividades físicas 1. Sem necessidade de supervisão 2. Decidir após consultar os responsáveis	D. Atividades de estudos externos que necessitam de pernoite 1. Sem necessidade de cuidados 2. Necessita de cuidados na ocasião de refeições e eventos
	2. Leite / laticínios ()		
	3. Trigo ()		
	4. Soba (trigo sarraceno) ()		
	5. Amendoim ()		
	6. Amêndoas / sementes () ()		
	7. Crustáceos (camarão, caranguejo) () ()		
	8. Frutas () ()		
	9. Peixes () ()		
	10. Carnes () ()		
	11. Outros 1 () ()		
	12. Outros 2 () ()		
D. Medicamentos prescritos para casos de emergência	1. Medicamentos de uso interno (anti-histamínico, esteróide)	E. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)	Data de preenchimento _____(ano)/_____(mês)/_____(dia)
	2. Auto-injeção de adrenalina ("EpiPen®")		Nome do médico _____ (EP)
	3. Outros ()		Nome da instituição médica _____
Tipo de doença e tratamento		Cuidados do dia-a-dia na escola	Data de preenchimento _____(ano)/_____(mês)/_____(dia)
Rinite alérgica (Tem / Não tem)	A. Tipo de doença	A. Atividades externas 1. Sem necessidade de supervisão 2. Decidir após consultar os responsáveis	Nome do médico _____ (EP)
	1. Rinite alérgica perene		
2. Rinite alérgica sazonal (kafun-sho – alergia ao pólen)			
Época com principais sintomas: primavera , verão , outono , inverno			
B. Tratamento		B. Outros itens para cuidados e supervisão (escrever livremente)	Nome da instituição médica _____
1. Anti-histamínico / antialérgico (uso interno)			
2. Esprei nasal de esteróide			
3. Outros ()			

Escrever todos os itens correspondentes à "razão do diagnóstico" nos parênteses
 Histórico de sintomas claros
 Teste alérgico de reação à alimentos positivo
 Resultado positivo do teste de anticorpo IgE

Você concorda que as informações contidas nesta tabela sejam conhecidas por todos os funcionários da escola para atender adequadamente nas atividades realizadas no dia-a-dia escolar e em casos emergenciais?

1. Concordo
 2. Não concordo

Nome do responsável: _____