

Plano de Cuidado à Saúde

Place
Child's Picture
Here

Estudante _____ Data de Nasc. __ - __ - __ Professor _____

Alergia: _____ Asmático __ Sim* __ Não (* alto risco de reação severa)

Sinais de Reação Alérgica

Sistema

Boca
Garganta*

Pele

Órgão
Pulmão*
Coração*

Sintoma

coceira & inchaço dos lábios, língua ou boca
coceira e/ou sentimento de aperto na garganta, rouquidão, e
tosse aguda

alergia, inflamação cutânea, e/ou inchaço na face e extremidades
náusea, dores abdominais, vômito e/ou diarreia
respiração curta, tosse repetitiva, e/ou
pulso "fraco", "desmaio"

A severidade dos sintomas podem mudar rapidamente. * Todos os sintomas acima podem ficar uma situação de ameaça de vida!

Ação 1. Se ingestão for suspeitada dê (remédio) _____ (Dose) _____ (Rota) _____
2. Ligar para Time de Resgate _____
3. Ligar para Mãe _____ Pai _____ Guardião _____
Ou
4. Dr. _____ nº () _____

Não Deixe de Dar o Remédio ou Ligar para o Time de Resgate Mesmo Se Os Pais ou Guardiões Não Entrarem em Contato!

Assinatura dos Pai/Mãe ou Guardião _____ Data _____
Assinatura do Médico _____ Data _____

Nº em caso de Emergência

1. _____
Relação _____ Fone _____
2. _____
Relação _____ Fone _____
3. _____
Relação _____ Fone _____

Membros Treinados

1. _____ Sala _____
2. _____ Sala _____
3. _____ Sala _____