

Ar gyfer defnydd staff yn unig. *For staff use only*

Dyddiadau dod i ben y feddyginiaeth. *Expiry dates of medication*

Meddigyniaeth. <i>Medication</i>	Dyddiad dod i ben. <i>Expiry date</i>	Dyddiad gwirio. <i>Date Checked</i>	Llofnod. <i>Signed</i>

Cofnod

Dyddiad	Amser	Manylion	Dogn	Llofnod

Ysgol Gymraeg Trefynwy



YSGOL GYMRAEG
TREFYNWY

Cynllun Gofal Adwaith

Allergy Care Plan

Enw/*Name*: _____

Manylion Disgybl. *Pupil Details*Enw. *Name* _____Dyddiad Geni. *Date of Birth* _____Dosbarth. *Class* _____**Manylion Cyswllt Teulu. *Family Contact Details***

Enw. <i>Name</i>	Rhif Ffôn. <i>Tel. No.</i>	Perthynas. <i>Relationship</i>

Beth sy'n sbarduno eich plentyn i cael adwaith alergaidd? *What causes your child to have an allergic reaction (please list all known triggers)?*

--

Sut bydd yr adwaith hwn yn cyflwyno, pa arwyddion a symptomau y dylai staff fod yn ymwybodol ohonynt? *How will this reaction present, what signs & symptoms should staff be aware of?*

--

Triniaeth. *Treatment*

Ar gyfer adwaith alergaidd, bydd angen y feddyginiaeth ganlynol ar fy mhlentyn.
For an allergic reaction, my child will need the following medication.

Meddyginiaeth. <i>Medication</i>	Dogn. <i>Dosage</i>

A fydd eich plentyn yn cydnabod ei hun ei fod yn cael adwaith alergaidd? *Will your child recognise themselves that they are having an allergic reaction?*

Ydy. *Yes*☐Nac Ydy. *No*☐

Rhowch unrhyw wybodaeth ychwanegol y teimlwch allai fod yn ddefnyddiol isod.
Please give any additional information you feel may be useful below.

--

Llofnod. *Signature* _____ Dyddiad. *Date* _____Enw Rhiant/Gwarchodwr. *Name of Parent/Guardian* _____