

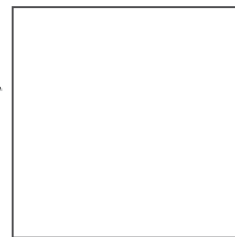
ALLERGIA ALIMENTARE

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - PESO SUPERIORE AI 30 KG

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/ Sezione _____

Allergia a: _____



I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

FOTO del bambino

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Occhi | arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione |
| 2. Naso | sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato |
| 3. Bocca | prurito & gonfiore delle labbra, lingua o bocca |
| 4. Cute | senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona peri-genitale |
| 5. Intestino | nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea |
| 6. Respiro | A. accessi di tosse e respiro accelerato, sibili respiratori (fischio)
rientramenti alla base del collo, tra le coste e il diaframma
B. <u>senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, difficoltà respiratoria, cianosi (labbra e cute bluastre), arresto respiratorio</u> |
| 7. Circolo/
Sistema nervoso | <u>pallore intenso, malessere generale, debolezza, sonnolenza, vertigine, battito cardiaco accelerato/lento/ irregolare, PERDITA DI COSCIENZA</u> |

N.B. La severità dei sintomi può cambiare rapidamente evolvendo in situazioni pericolose per la vita

COSA FARE:

se l'assunzione è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati

▪ chiamare SUBITO il 112 (**e segnalare** la sospetta REAZIONE ALLERGICA)

▪ se compaiono uno o più SINTOMI tra quelli elencati somministrare SUBITO:

1. Bentelan co. 1 mg: _____ compressa/e, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

2. Kestine lio cp: 1 compressa posta sulla lingua

Specificare se richiesto anche il broncodilatatore

SI

NO

Ventolin o Broncovaleas spray: 3 puff subito (con distanziatore), distanziati un minuto uno dall'altro
il ciclo di 3 puff è ripetibile ogni 20', massimo per altre due volte (massimo 9 puff in totale)

POI avvisare i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

**NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI
ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI**

N.B. : I farmaci devono essere conservati a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore, e riparati dal freddo e dai raggi diretti del sole.

Data _____

Timbro e Firma del medico _____