

RISCHIO / PREGRESSA ANAFILASSI

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/Sezione _____

Allergia a (SPECIFICARE): _____

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 vitaCOSA FARE:

*se l'assunzione dell'alimento/puntura di insetto 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 ANAFILASSI)

*se compaiono uno o più SINTOMI tra quelli elencati da 1 a 4 somministrare SUBITO:

Kestine lio 10 mg

Bentelan compresse da 1 mg

 _____ Kg 1 (una) compressa sulla lingua n° _____ compressa/e per bocca

*QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI da 5 a 7, somministrare (oltre al Kestine e al Bentelan):

 FAST JEKT 300 mcg o JEXT 300 mcg o CHENPEN 300 mcg adrenalina autoiniettabile

*SE PRESENTI I SINTOMI 6 A, somministrare anche:

 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**NB: I farmaci devono essere conservati a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore, e riparati dal freddo e dai raggi diretti del sole. L'adrenalina deve essere conservata al buio.**

Data _____

Timbro e Firma del medico _____