



ALLERGIA ALIMENTARE ED ANAFILASSI: PROGRAMMA DI INTERVENTO IN CASO DI EMERGENZA

Nome _____
Cognome _____
Luogo e Data di nascita _____
Residenza _____

Fotografia del/della paziente

ALLERGIA A:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cereali contenenti glutine
<input type="checkbox"/> Crostacei
<input type="checkbox"/> Uova
<input type="checkbox"/> Pesce
Altri _____ | <input type="checkbox"/> Arachidi
<input type="checkbox"/> Soia
<input type="checkbox"/> Latte
<input type="checkbox"/> Frutta a guscio |
|---|--|

REAZIONE ANAFILATTICA PREGRESSA: SI NO

ASMA: SI NO

}

**alto rischio
 di sviluppare
 una reazione
 allergica grave**

SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA:

(alla comparsa contemporanea di più sintomi procedere immediatamente con il piano di intervento farmacologico)

- ☞ BOCCA: prurito e gonfiore delle labbra e della lingua.
- ☞ GOLA: prurito, **tosse stizzosa e abbaiente, voce roca.**
- ☞ PELLE: **pomfi o eritema localizzati o diffusi, gonfiore del volto e delle estremità.**
- ☞ APPARATO DIGERENTE: nausea, dolore addominale a crampo, **vomito e/o diarrea ripetuti.**
- ☞ APPARATO RESPIRATORIO: **tosse stizzosa e abbaiente, respiro sibilante, difficoltà respiratoria.**
- ☞ APPARATO CIRCOLATORIO: **collasso.**
- ☞ APPARATO NEUROLOGICO: **scarsa vivacità, abbattimento, perdita di coscienza.**

PIANO DI INTERVENTO FARMACOLOGICO

N.B. Il kit salvavita si trova _____

1. Se sintomi: PRURITO ALLA GOLA, GONFIORE LABBRA E LINGUA, POMFI O ERITEMA, NAUSEA, DOLORE ADDOMINALE A CRAMPO

☞ dare: ANTISTAMINICO nome commerciale _____
 dosaggio _____ scadenza _____ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)

SOMMINISTRATO ANTISTAMINICO: Data _____ Ora _____

☞ dare: BRONCODILATATORE nome commerciale _____
 dosaggio _____ scadenza _____ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)

SOMMINISTRATO BRONCODILATATORE: Data _____ Ora _____

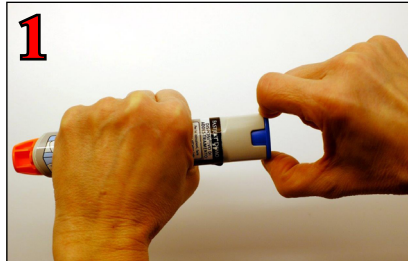
2. Se progressione dei sintomi (10-15 minuti): ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO

☞ somministrare: **ADRENALINA AUTOINIETTABILE** fiala _____ mg
 nome comm. _____ scadenza _____ (conservare a temp. amb. al riparo dalla luce)

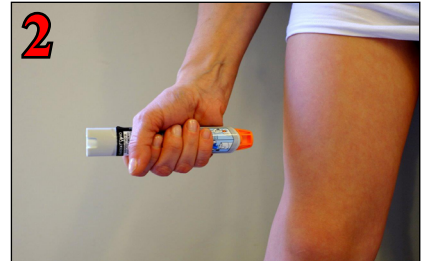
ISTRUZIONI PER L'USO DELL'ADRENALINA AUTOINIETTABILE



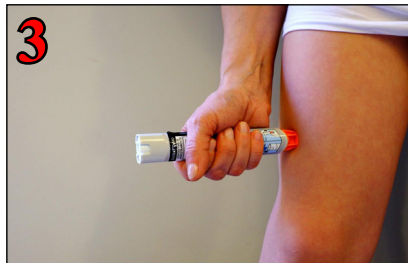
I due autoiniettori disponibili sul mercato italiano:
 - **Jext** (a sinistra);
 - **Fastjekt** (a destra).



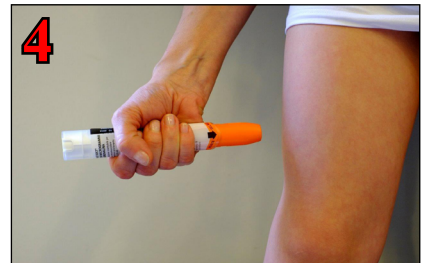
1. Rimuovere il tappo colorato.



2. Applicare la punta della penna alla parte esterna della coscia.



3. Premere con forza finché non si sente uno scatto di attivazione. Tenere in posizione per 10 secondi.



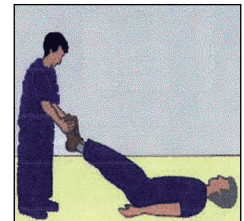
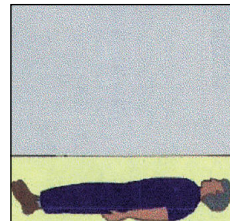
4. Rimuovere la penna.

☞ lasciare la persona dove si trova e mai da sola, evitando di mantenerla in posizione eretta

☞ se la persona è cosciente metterla in posizione anti-shock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue alla testa e al cuore.

Se presenta difficoltà respiratoria (asma) tenere il busto un po' sollevato da terra

☞ se la persona è incosciente metterla nella posizione laterale di sicurezza secondo le norme di primo soccorso



SOMMINISTRATA ADRENALINA: Data _____ Ora _____

☞ chiamare il **118** ed avvisare:

RIFERIMENTO _____ n. tel. _____

RIFERIMENTO _____ n. tel. _____

RIFERIMENTO MEDICO _____ n. tel. _____

CONSEGNARE L'ADRENALINA SOMMINISTRATA AL PERSONALE SUEM (118) O A QUELLO DEL PRONTO SOCCORSO DOVE VIENE CONDOTTA LA PERSONA PER LA SUCCESSIVA OSSERVAZIONE.

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE:

FIRMA DEL MEDICO CURANTE:

Luogo e Data: _____