



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

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 _____

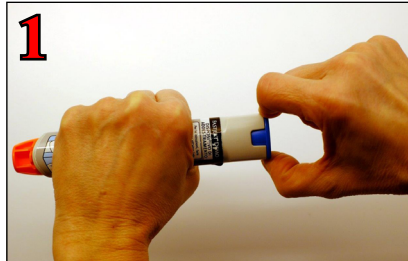
2. Se progressione dei sintomi (10-15 minuti): ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO

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

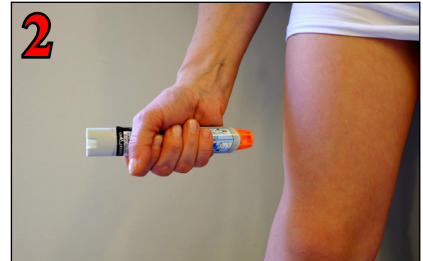
ISTRUZIONI PER L'USO DELL'ADRENALINA AUTOINIETTABILE



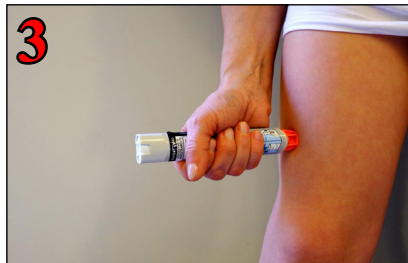
I due autoiniettori disponibili sul mercato italiano:
 - **Jext** (a sinistra);
 - **Fastjekt** (a destra).



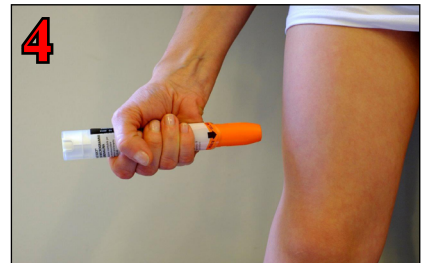
1. *Rimuovere il tappo colorato.*



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.*



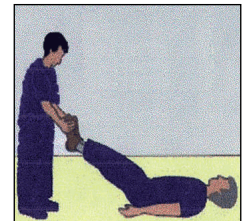
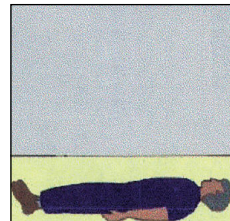
4. *Rimuovere la penna.*

☞ 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: _____