

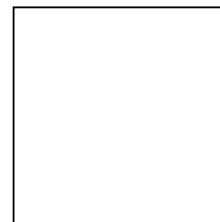
PREGRESSA ANAFILASSI DA ALIMENTI

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - Peso < 30 Kg

Cognome e Nome _____

Classe _____

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 perigenitale |
| 5. Intestino | nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea |
| 6. Respiro | A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato |

B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio

- | | |
|------------|--|
| 7. Circolo | <u>pallore intenso, debolezza, sonnolenza, PERDITA DI COSCIENZA</u> |
|------------|--|

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 (per sospetta ANAFILASSI)**
- se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati da 1 a 5 somministrare **SUBITO:**

Fenistil gocce

Bentelan compresse da 1 mg

☒ _____ Kg _____ gocce per bocca _____ compressa/e per bocca

- **QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI 6 A, somministrare oltre al Fenistil e al Bentelan:**

☒ VENTOLIN o BRONCOVALEAS spray: 2 puff subito (con distanziatore), ripetibili fino a 6 puff totali

- **QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI 6 B e/o 7 somministrare:**

☒ FAST JEKT 150 mcg o JEXT 150 mcg o CHENPEN 150 mcg adrenalina autoiniettabile

avvisare poi la madre _____ il padre _____

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

Data

Firma del medico