

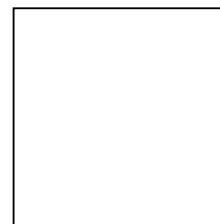
## BAMBINI AFFETTI DA ALLERGIA ALIMENTARE

### PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO

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   | <b>A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato</b>   |

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

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

#### 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 REAZIONE ALLERGICA)**
- se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati somministrare **SUBITO:**

1. \_\_\_\_\_  
(farmaco) (dosi e modalità di somministrazione)

2. \_\_\_\_\_  
(farmaco) (dosi e modalità di somministrazione)

3. \_\_\_\_\_  
(farmaco) (dosi e modalità di somministrazione)

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