



CHECK LIST

DA FARE PRIMA DI PARTIRE

<i>Cosa portare e quali informazioni raccogliere</i>	<i>Note aggiuntive, indirizzi, numeri telefonici</i>	<input checked="" type="checkbox"/>
Autoiniettore/i di adrenalina	Meglio se più di uno Verificarne la scadenza	<input type="checkbox"/>
Piano di Intervento in caso di Anafilassi	In italiano e inglese (per viaggi all'estero)	<input type="checkbox"/>
Altri farmaci (antistaminici, creme, ecc.)	È consigliabile mantenerli nelle loro confezioni originali, onde evitare problemi alla dogana (incomprensioni col personale addetto ai servizi di controllo)	<input type="checkbox"/>
Certificato medico	In italiano e inglese (per viaggi all'estero) Deve attestare: 1. la mia condizione di allergico, riportando la lista degli alimenti allergenici da evitare 2. i farmaci necessari (adrenalina inclusa) 3. la necessità di portare con me del cibo	<input type="checkbox"/>
Prescrizione per un autoiniettore di adrenalina agiuntivo in inglese (per viaggi all'estero)	Informarsi anche sulle modalità di distribuzione del farmaco nel luogo di destinazione	<input type="checkbox"/>
Kit di alimenti non deperibili	Alimenti o prodotti che ho selezionato: _____	<input type="checkbox"/>
Informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> • struttura di pernottamento (hotel, residence, villaggio turistico, ecc.) • punti di ristorazione (ristoranti, fast food, ecc.) 	Hotel: _____ Indirizzo: _____ Num. tel.: _____ Ristorante 1: _____ Indirizzo: _____ Num. tel.: _____ Ristorante 2: _____ Indirizzo: _____ Num. tel.: _____	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulla gestione delle allergie alimentari della compagnia aerea/marittima/ferroviaria	Sito Web: _____ Num. tel. assistenza: _____	<input type="checkbox"/>
Informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> • associazioni locali di pazienti con allergie (per viaggi all'estero) • strutture sanitarie locali attrezzate 	Entrare in contatto con l'associazione locale tramite Food Allergy Italia Nome associazione locale: _____ Sito Web: _____ Num. tel.: _____	<input type="checkbox"/>
Verificare nella struttura di pernottamento l'eventuale presenza di un'infermeria e personale medico	Num. tel.: _____ Orario: _____	<input type="checkbox"/>
Altri numeri di telefono utili (informarsi preventivamente sui prefissi locali)	Num. tel. di pronto intervento sanitario: _____	<input type="checkbox"/>

COPYRIGHT © BY FOOD ALLERGY ITALIA 2004 - 2016
 Tutti i diritti riservati ®. Il contenuto di questa pubblicazione non può essere riprodotto, in tutto od in parte, archiviato o diffuso pubblicamente, per via elettronica od a mezzo stampa, fotocopia, microfilm o tramite qualsiasi altro mezzo, senza l'espressa autorizzazione scritta di FOOD ALLERGY ITALIA.