



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

COPYRIGHT © BY FOOD ALLERGY ITALIA 2004 – 2017

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.