



PROGRAMMA GESTIONE ANAFILASSI DA ALIMENTO

A Scuola (a.s.)

Nome	
Cognome	
Data di nascita	Peso (kg)
Classe	

Foto dello/a studente

ALLERGIA A:

- | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cereali contenenti glutine | <input type="checkbox"/> Uova | <input type="checkbox"/> Arachidi | <input type="checkbox"/> Latte |
| <input type="checkbox"/> Crostacei | <input type="checkbox"/> Pesce | <input type="checkbox"/> Soia | <input type="checkbox"/> Frutta a guscio |

Se "Frutta a guscio", specificare quale:

Altri:

REAZIONE ANAFILATTICA PREGRESSA: SI NO

ASMA: SI NO

} alto rischio
di sviluppare
una reazione
allergica grave

SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA:

N.B. Alla comparsa contemporanea di più sintomi procedere subito 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 dello/a studente si trova

REAZIONE ALLERGICA MODERATA

Se sintomi: PRURITO ALLA GOLA, GONFIORE LABBRA E LINGUA, POMFI O ERITEMA, NAUSEA, DOLORE ADDOMINALE A CRAMPO

☞ dare: ANTISTAMINICO nome comm.

dosaggio scadenza (conservare a temp. ambiente al riparo dalla luce)

SOMMINISTRATO ANTISTAMINICO: data ⌚

☞ dare: BRONCODILATATORE nome comm.

dosaggio scadenza (conservare a temp. ambiente al riparo dalla luce)

SOMMINISTRATO BRONCODILATATORE: data ⌚

REAZIONE ALLERGICA GRAVE

Se i sintomi progrediscono (5-10 minuti): **ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO**

☞ somministrare: **ADRENALINA AUTOINIETTABILE** nome comm.

fiala (mg) scadenza (conservare a temp. ambiente al riparo dalla luce)

Nel dubbio, somministrare l'adrenalina autoiniettabile!

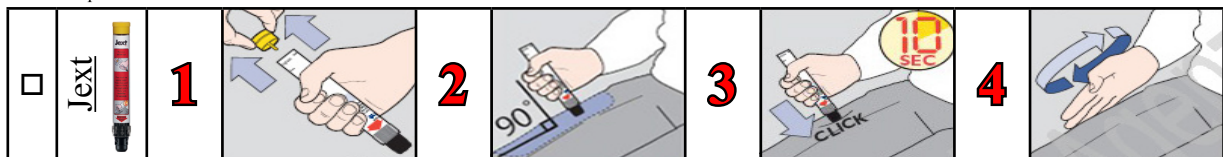
N.B. Se dopo 5 minuti i sintomi non migliorano o ritornano, somministrare un'altra dose

ISTRUZIONI PER L'USO DELL'ADRENALINA AUTOINIETTABILE

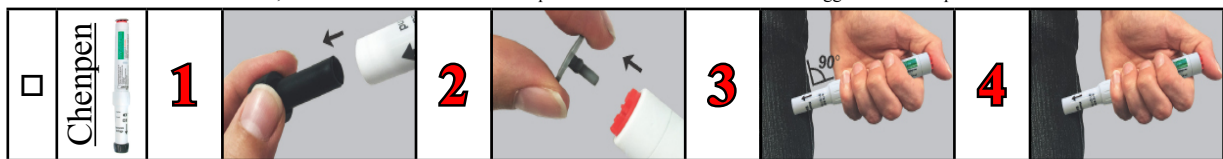
☞ tenere la gamba ferma, prima e durante la somministrazione, onde evitare eventuali lesioni



Fastjekt: 1. Impugnare Fastjekt e rimuovere il tappo azzurro. 2. Tenere Fastjekt con la punta arancione rivolta verso la parte esterna della coscia a 10 cm di distanza. 3. Premere con forza ad angolo retto finché non si sente uno scatto, mantenendo Fastjekt contro la coscia per 10 sec. 4. Rimuovere Fastjekt e massaggiare la coscia per 10 sec.



Jext: 1. Impugnare Jext e rimuovere il tappo giallo. 2. Tenere Jext con la punta nera rivolta verso la parte esterna della coscia. 3. Premere energicamente ad angolo retto finché non si sente uno scatto, mantenendo Jext contro la coscia per 10 sec. 4. Rimuovere Jext e massaggiare la coscia per 10 sec.



Chenpen: 1. Rimuovere la protezione nera dell'ago. 2. Rimuovere il tappo grigio di sicurezza dal bottone rosso di attivazione. 3. Posizionare Chenpen contro la parte esterna della coscia ad angolo retto e premere il bottone rosso. 4. Mantenere Chenpen in questa posizione per 10 sec., rimuoverlo e massaggiare leggermente.

☞ far sdraiare la persona dove si trova e non lasciarla mai da sola

☞ se la persona è **cosciente**, metterla in posizione antishock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue alla testa e al cuore; se presenta difficoltà respiratoria (asma) o vomita, 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 n.1: data

SOMMINISTRATA ADRENALINA n.2: data

☞ chiamare il **118** ed avvisare:

MADRE

PADRE

RIFERIMENTO MEDICO

ALTRI

REFERENTE SCOLASTICO

CONSEGNARE L'ADRENALINA SOMMINISTRATA AL PERSONALE SUEM (118) O A QUELLO DEL PRONTO SOCCORSO DOV'È LA PERSONA IN OSSERVAZIONE (DI ALMENO 4 ORE) DATO CHE I SINTOMI POTREBBERO RIPRESENTARSI

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI:

FIRMA DEL MEDICO CURANTE:

Luogo e data:

www.foodallergyitalia.org