

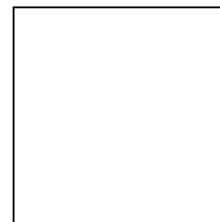
**PREGRESSA ANAFILASSI DA ALIMENTI**

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   | <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> |
|------------|--|

**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**:

Kestine 10 mg lio

Bentelan compresse da 1 mg

☒ \_\_\_\_\_ Kg

1 compressa sulla lingua

\_\_\_\_\_ compressa/e per bocca

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

☒ VENTOLIN o BRONCOVALEAS spray: 2 puff subito (con distanziatore), ripetibili fino a 6-8 puff totali

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

☒ FAST JEKT 300 mcg o JEXT 300 mcg o CHENPEN 300 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