

ALLERGIE ALIMENTARI e/o di altra natura

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO

Cognome e Nome* _____ Nato il* _____

CF/STP/ENI* _____ (16 caratteri)

Scuola e Classe/Sezione* _____

Recapito telefonico*: genitore 1* _____ genitore 2* _____

ALLERGIA A*:

*(CAMPI OBBLIGATI)

☐ ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE/CONDIZIONI CONCOMITANTI CHE POSSONO CONDIZIONARE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (SPECIFICARE)

(CAMPO NON OBBLIGATORIO; MA SE LA VOCE VIENE FLEGGATA, OBBLIGATORIO SPECIFICARE)

☐ ALUNNO MAGGIORENNE O PROSSIMO ALLA MAGGIORE ETÀ, NON AUTOSUFFICIENTE

I SEGNI/SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1. Occhi | arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione |
| 2. Naso | sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola" o tappato |
| 3. Bocca | prurito e 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 peri-genitale |
| 5. Intestino | nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea |
| 6. Respiro | <u>A.</u> accessi di tosse stizzosa e persistente, respiro accelerato, sibili respiratori (fischio), rientramenti alla base del collo, tra le coste e il diaframma
<u>B.</u> senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, difficoltà respiratoria, cianosi (labbra e cute bluastre), arresto respiratorio |
| 7. Circolo/
Sistema
Nervoso | pallore intenso, malessere generale, debolezza, sonnolenza, vertigine, battito cardiaco accelerato/lento/ irregolare, PERDITA DI COSCIENZA |

N.B. La severità dei sintomi può cambiare rapidamente evolvendo in SITUAZIONI PERICOLOSE PER LA VITA

COSA FARE:

1. chiamare SUBITO il 112
2. somministrare CON DISTANZIATORE: *(OBBLIGATO UN SOLO CAMPO dei seguenti)*
 - ☐ **VENTOLIN spray** oppure
 - ☐ **BRONCOVALEAS spray** oppure
 - ☐ **BREVA spray** (broncodilatatore + cortisone) oppure
 - ☐ **SALBUTAMOLO spray GENERICO**

DOSAGGIO: 3 puff (1 puff +1 puff + 1 puff), distanziati un minuto l'uno dall'altro,
ripetibili ogni 20 minuti fino ad un massimo di **3 volte totali** (9 puff totali)
-->Vedi schema a pagina 3 modalità di somministrazione broncodilatatore

3. poi somministrare SUBITO: *(campi NON OBBLIGATI e che si escludono a vicenda)*

- ☐ **BENTELAN compresse effervescenti:** ☐ **0,5 mg** ☐ **1 mg**

n° _____ compressa/e SCIOLTA/E SOTTO LA LINGUA O IN POCA ACQUA

- ☐ **Altro cortisonico (SPECIFICARE)** *se questa voce viene flegata, obbligatori tutti i campi seguenti*

NOME COMMERCIALE _____ FORMULAZIONE _____ DOSAGGIO _____ PER BOCCA

4. poi somministrare: *(le 3 voci seguenti non sono campi obbligati ma si può fleggarne uno soltanto)*

- ☐ **FENISTIL gocce:** n° _____ gocce per bocca oppure ☐ **FENISTIL compresse:** n° _____
compresse per bocca

- ☐ **KESTINE LIO compresse:** 1 compressa da porre sulla lingua

- ☐ **Altro ANTISTAMINICO (SPECIFICARE)** *se questa voce viene flegata, obbligatori tutti i campi seguenti*

NOME COMMERCIALE _____ FORMULAZIONE _____ DOSAGGIO _____ PER BOCCA

5. poi AVVISARE I GENITORI

NB: TUTTI I FARMACI DEVONO ESSERE CONSERVATI A TEMPERATURA AMBIENTE, LONTANO DA FONTI DI CALORE, E RIPARATI DAL FREDDO E DAI RAGGI DIRETTI DEL SOLE.

EVENTUALI CORREZIONI/INTEGRAZIONI DEVONO ESSERE CORREDATE DA DATA, TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE.

IL PRESENTE MODULO EDITABILE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, TRASFORMATO IN PDF NON MODIFICABILE E FIRMATO DIGITALMENTE

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del MEDICO*

DATA* _____

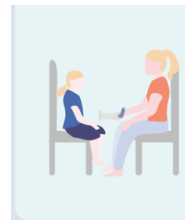
*(campi obbligati)

CORRETTA POSTURA IN CASO DI REAZIONE ALLERGICA DI TIPO ANAFILATTICO

1. SE IL SOGGETTO E' PALLIDO, DEBOLE, HA CAPOGIRO
SDRAIARLO E TENERE LE GAMBE SOLLEVATE



2. SE IL SOGGETTO RESPIRA MALE
TENERLO IN POSIZIONE SEDUTA



3. SE IL SOGGETTO E' PALLIDO, DEBOLE, HA CAPOGIRO E RESPIRA MALE
METTERLO IN POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA



MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DEL BRONCODILATATORE SPRAY

