



## ALLERGIA ALIMENTARE ED ANAFILASSI: PROGRAMMA DI INTERVENTO IN CASO DI EMERGENZA

Nome \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_  
 Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_  
 Residenza \_\_\_\_\_

Fotografia  
 del/della paziente

### ALLERGIA A:

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

**REAZIONE ANAFILATTICA PREGRESSA:**  SI  NO

**ASMA:**  SI  NO

} alto rischio  
 di sviluppare  
 una reazione  
 allergica grave

### SINTOMI DI REAZIONE ALLERGICA:

(alla comparsa contemporanea di più sintomi procedere immediatamente 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 si trova** \_\_\_\_\_

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

☞ dare: ANTISTAMINICO nome commerciale \_\_\_\_\_  
 dosaggio \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)

**SOMMINISTRATO ANTISTAMINICO:** Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

☞ dare: BRONCODILATATORE nome commerciale \_\_\_\_\_  
 dosaggio \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ (conservare a temperatura ambiente al riparo dalla luce)

**SOMMINISTRATO BRONCODILATATORE:** Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

**2. Se progressione dei sintomi (10-15 minuti): ORTICARIA CON GONFIORE AL VOLTO E/O VOCE AFONA E/O DIFFICOLTA' RESPIRATORIA E/O COLLASSO**

☞ somministrare: **ADRENALINA AUTOINIETTABILE** fiala \_\_\_\_\_ mg  
 nome comm. \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ (conservare a temp. amb. al riparo dalla luce)

**ISTRUZIONI PER L'USO DELL'ADRENALINA AUTOINIETTABILE**



*I due autoiniettori disponibili sul mercato italiano:*  
 - **Jext** (a sinistra);  
 - **Fastjekt** (a destra).



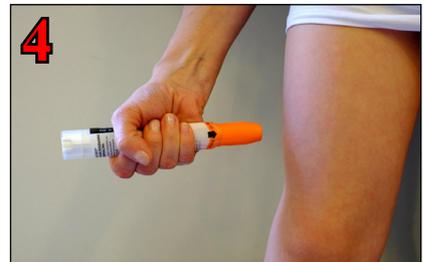
**1.** Rimuovere il tappo colorato.



**2.** Applicare la punta della penna alla parte esterna della coscia.



**3.** Premere con forza finché non si sente uno scatto di attivazione. Tenere in posizione per 10 secondi.



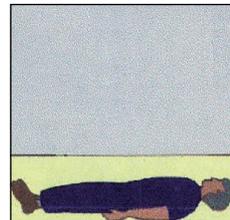
**4.** Rimuovere la penna.

☞ lasciare la persona dove si trova e mai da sola, evitando di mantenerla in posizione eretta

☞ se la persona è cosciente metterla in posizione anti-shock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue alla testa e al cuore.

Se presenta difficoltà respiratoria (asma) 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:** Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_

☞ chiamare il **118** ed avvisare:

RIFERIMENTO \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

RIFERIMENTO \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

RIFERIMENTO MEDICO \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

**CONSEGNARE L'ADRENALINA SOMMINISTRATA AL PERSONALE SUEM (118) O A QUELLO DEL PRONTO SOCCORSO DOVE VIENE CONDOTTA LA PERSONA PER LA SUCCESSIVA OSSERVAZIONE.**

FIRMA DEL/DELLA PAZIENTE:

FIRMA DEL MEDICO CURANTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Luogo e Data: \_\_\_\_\_