

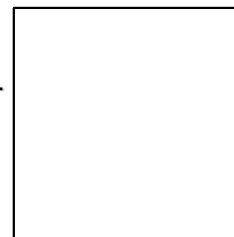
ALLERGIA ALIMENTARE

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - PESO INFERIORE AI 30 KG

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/Sezione _____

Allergia a : _____



I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

FOTO del bambino

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Occhi 2. Naso 3. Bocca 4. Cute 5. Intestino 6. Respiro | <p>arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione</p> <p>sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato</p> <p>prurito & gonfiore delle labbra, lingua o bocca</p> <p>senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale</p> <p>nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea</p> <p>A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato</p> <p><u>B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio</u></p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 7. Circolo | <p><u>pallore intenso, debolezza, sonnolenza, PERDITA DI COSCIENZA</u></p> |

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 (**e segnalare** la sospetta **REAZIONE ALLERGICA**)
- se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati somministrare **SUBITO**:

1. **Bentelan co. 1 mg:** _____ compressa/e, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua
2. **Fenistil gocce:** _____ gocce per bocca

-
- Ventolin o Broncovaleas spray:** 2 puff subito (con distanziatore)
i puff sono ripetibili ogni 20' , altre due volte (6 puff totali)

POI avvisare i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

**NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI
ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI**

NB: i farmaci non necessitano di conservazione in frigorifero

Data

Timbro e Firma del medico