

# PROGRAMMA GESTIONE ANAFILASSI DA ALIMENTO (PGAA)

Nome	
Cognome	
Data di nascita	
Residenza	

Foto del/della paziente
-------------------------------

### 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 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**

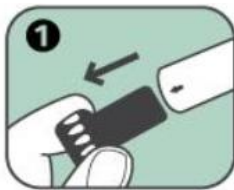
☞ somministrare: **ADRENALINA AUTOINIETTABILE** nome comm. \_\_\_\_\_  
 fiala (mg) \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ (conservare a temp. ambiente al riparo dalla luce)

***Nel dubbio, somministrare l'adrenalina autoiniettabile!***

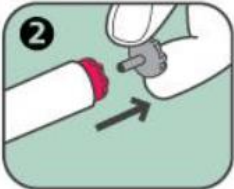
***N.B. Se dopo 5 minuti i sintomi non migliorano o ritornano, somministrare un'altra dose***

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

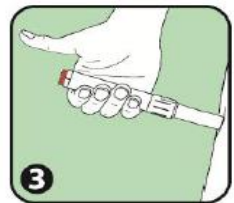
☞ tenere la gamba ferma, prima e durante la somministrazione, onde evitare eventuali lesioni



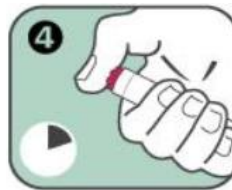
1 Rimuovere la protezione nera dell'ago tirando forte nella direzione indicata dalla freccia



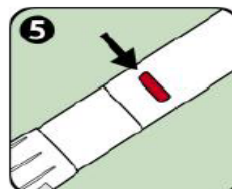
2 Rimuovere il tappo grigio di sicurezza dal bottone rosso di attivazione, tirando come indicato dalla freccia



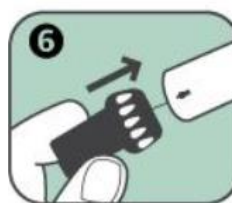
3 Tenere l'estremità aperta (quella dell'ago) appoggiata sulla parte esterna della coscia. È possibile utilizzare l'Auto-Iniettore anche su indumenti leggeri



4 Premere il bottone rosso di attivazione in modo che scatti. Tenere l'Auto-Iniettore appoggiato sulla parte esterna della coscia per 10 secondi. Poi rimuovere lentamente e massaggiare la coscia.



5 L'indicatore di iniezione sarà diventato rosso. Questo mostra che l'iniezione è stata completata.



6 Dopo l'iniezione, l'ago fuoriesce. Per coprirlo, rimettere con uno scatto l'estremità larga della protezione nera per l'ago al suo posto sull'estremità aperta (quella dell'ago) dell'Auto-Iniettore (come indicato dalla freccia)

☞ 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 \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PADRE \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

RIFERIMENTO MEDICO \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ALTRI \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**CONSEGNARE L'ADRENALINA SOMMINISTRATA AL PERSONALE SUO (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: \_\_\_\_\_