

Plan de Acción en Alergia a Alimentos

Plan de Emergencia

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Ponga la foto del estudiante aquí

Alergias: _____

Peso: _____ Kg./lbs. Asma: Sí (mayor riesgo de reacción severa) No

Extremadamente sensible a los siguientes alimentos:

COMO PROCEDER: _____

- Administrar Epinefrina inmediatamente ante CUALQUIER síntoma que se presente si se sospecha de haber ingerido el alérgeno.
- Administrar Epinefrina inmediatamente si se confirma la ingesta del alérgeno, aunque no se presente ningún síntoma.

SINTOMAS SEVEROS tras haber ingerido un alérgeno:

Uno o más de los siguientes:

PULMON: Falta de aire, sibilancias, tos repetitiva
CORAZON: palidez, cianosis (coloración azul de la piel), desmayo, pulso débil, mareo, confusión.

GARGANTA: ardor, dificultad para tragar o respirar.

BOCA: inflamación obstructiva (lengua y/o labios)

PIEL: sarpullido - reacción alérgica en la piel

O la combinación de síntomas en diferentes partes del cuerpo:

PIEL: urticaria/ronchas, picor, sarpullido, inflamación (ej: ojos, labios)

ESTOMAGO: vómito, dolor

1. INYECTAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE

2. Llamar al 911
3. Comenzar seguimiento del paciente (ver indicaciones abajo)
4. Administrar medicamentos adicionales:*

 - a. Antihistamínicos
 - b. Broncodilatador inhalado, en caso de asma

*Los antihistamínicos & inhaladores/broncodilatadores no están indicados para el tratamiento de una reacción alérgica severa (anafilaxia). USAR EPINEFRINA

SINTOMAS LEVES SOLAMENTE:

BOCA: picor en boca

PIEL: sarpullido alrededor de la boca o cara, picor leve

ESTOMAGO: náuseas leves, malestar general

1. ADMINISTRAR ANTIHISTAMINICO

2. Permanecer con el estudiante; alertar a un médico y avisar a los padres.
3. Si los síntomas progresan (ver arriba), USAR EPINEFRINA
4. Comenzar seguimiento (ver indicaciones abajo)

Medicación/Dosis

Epinefrina (marca y dosis): _____

Antihistamínico (marca y dosis): _____

Otro (por ej., inhalador-broncodilatador si es asmático): _____

Seguimiento

Permanecer con el estudiante; alertar a un médico y a los padres. Comunicar al personal de emergencias que se le administró epinefrina; Pedir una ambulancia que cuente con epinefrina; Anotar la hora en que se administró la epinefrina. Se puede administrar una segunda dosis de epinefrina a los 5 minutos o más de la primera dosis en caso de que los síntomas persistan o reaparezcan. En caso de reacción severa, procurar mantener al estudiante acostado boca arriba con las piernas levantadas. Se debe administrar la medicación aunque no se pueda contactar con los padres. Ver modo de administración del autoinyector al reverso/detrás.

Firma de los padres

Fecha

Firma del médico

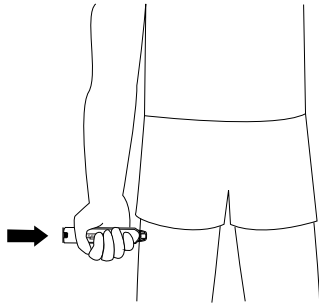
Fecha

Como aplicar el EpiPen Auto-inyector y el EpiPen Jr Auto-inyector

1. Primero, saque el EpiPen Auto-inyector del estuche de plástico donde está guardado.
2. Quite la tapa de seguridad azul



3. Sostenga el EpiPen con la punta naranja cerca de la parte externa del muslo (siempre aplicarlo en el muslo)



4. Aplique clavando enérgicamente la punta naranja contra el muslo. Manténgalo contra el muslo durante aproximadamente 10 segundos. Retire el EpiPen Auto-inyector y dé un masaje en la zona durante otros 10 segundos.



DEY® and the Dey logo, EpiPen®, EpiPen 2-Pak®, and EpiPen Jr 2-Pak® are registered trademarks of Dey Pharma, L.P.

Pasos para aplicar Adrenaclick™ 0.3 mg y Adrenaclick™ 0.15 mg



Quitar las dos tapas **GRISES** marcadas como "1" y "2".



Colocar la punta redonda **ROJA** en la parte externa del muslo, presionar con fuerza hasta que penetre la aguja. Mantener 10 segundos, luego retirar.

Un Kit de tratamiento de emergencia ante reacciones alérgicas debe siempre contener al menos 2 dosis de epinefrina, otros medicamentos indicados por el médico del estudiante y una copia de su plan de acción ante reacciones alérgicas alimentarias.

El kit debe acompañar al estudiante si sale de la escuela (ej: viaje/excursión escolar).

Contactos

Llamar 911 (Servicio de Urgencias: () -) Médico: Número de teléfono: () -

Padres: Número de teléfono: () -

Otros contactos en caso de emergencia:

Nombre/Relación: Número de teléfono: () -

Nombre/Relación: Número de teléfono: () -