El Condada de Whitfield/ Cuidad de Dalton Programa de Salud de Esquela

Plan de Accion de Alergia

Nombre de estudiente_____ Fecha de nacimiento_____Maestro/grado_____

Alergia a: _____

Asmatico Si*_____No_____ *el riesgo mas alto para reaccion severa

◆Step 1: Tratamiento

****Ser determinado por el tratamiento de autorizar de medico**

Los sintomas:	Administre la medicina verficada
◆Picar, sentir horigueo o hinchandose de labios, le lengua o la boca	____Epi-pen _____el Antihistaminico
◆Las colmenas, el sarpullido Picante, hichandose de la cara o extremidades	____Epi-pen _____ el Antihistaminico
◆La nausea, los calambres abdominals, vomitar, la diarrea *	____Epi-pen ____el Antihistaminico
◆La estrechez de garganta, la ronquera, tajondo tos *	_____Epi-pen ____el Antihistaminico
◆La falta de aliento, tos repitivia, resollando *	_____Epi-pen ____el Antihistaminico
◆Pulso de thready, el hypotension, desmayar, palidece, el azul *	_____Epi-pen ____el Antihistaminico
◆otros*_____	_____Epi-pen____el Antihistaminico
◆El progreso da la reaccion (varias areas afectaron) (*potencialmente vida que amenaza)	_____Epi-pan____el Antihistaminico

La dosis:

1. La epinefria: inyecta intramuscularmente _____Epi- Pen (0.3ml) o _____Epi-pen Jr.(0.15ml)
2. El antihistaminico: De_____
   medicina/ dosis/ la ruta
3. Otro: De_____
   medicina/ dosis/ la ruta

Step 2: Emergencia

1. La llamada 911. Indique que una reaction alergia ha sido tratada.
2. Dr._____ en _____(telefono)
3. La emergencia contacta: Denomine/Numero de telefono de relacion (los Numeros)
   a._____
   b._____
   c._____

****incluso si padre/guardian no pueda ser alcanzada, no VACILA en medicar ni tomar a nino centro medico!***

Crie/ firma de Guardian:_____ La fecha_____

La firma de physician:_____ La fecha_____