Plan de acción contra la alergia y la anafilaxia

Ordenes de medicación

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_D.O.B. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maestro/maestra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALERGIA A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Historia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asma: SÍ \_\_\_\_\_(mayor riesgo de reacción grave) NO\_\_\_\_\_

**PASO 1 TRATAMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***SÍNTOMAS SEVEROS:*** Uno o más de los siguientes:PULMÓN: Falta de aire, sibilancias, tos repetitivaCORAZÓN: Pálido, azul, débil, pulso débil, mareado, confusoGARGANTA: Opresión, ronquera, dificultad para respirar/tragarBOCA: Hinchazón obstructive, (lengua y/o labios)PIEL: Muchas ronchas por todo el cuerpoO combinación de síntomas de diferentes zonas del cuerpo:PIEL: Urticaria, erupciones que pican, hinchazón (por ejemplo, ojos, labios)INTESTINO: Vómitos, dolor tipo cólico |  1. **INYECTAR EPINEFRINA INMEDIATAMENTE**2. Llamar al 9113. Comenzar la monitorización (ver cuadro siguiente)4. Administrar medicamentos adicionales- Antihistamínico- Inhalador (alivio rápido) si es asma\*Los inhaladores antihistamínicos y de alivio rápido no debenno se debe depender de ellos para tratar una reacción severa(anafilaxia). UTILIZAR EPINEFRINA |

\_\_\_\_\_ Administrar epinefrina inmediatamente si el alérgeno fue definitivamente ingerido, incluso si no hay síntomas.

|  |
| --- |
| ***SÓLO SÍNTOMAS LEVES:*** |
|  BOCA: Picor en la bocaPIEL: Algunas ronchas alrededor de la boca/cara, picor leveINTESTINO: Náuseas/malestar leve |

|  |
| --- |
| 1. DAR UN ANTIHISTAMINICO2. Permanezca con el alumno; avise a los profesionales sanitario, de la salud y los padres3. Si los síntomas progresan (ver arriba), USAREPINEFRINA4. Empezar a vigilar |

DOSIFICACIÓN

Epinefrina: inyectar por vía intramuscular utilizando el autoinyector (marque uno): 0,3 mg 0,15 mg

Administrar 2ª dosis si los síntomas no mejoran en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos

Antihistamínico: (marca y dosis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si es asmático: (marca y dosis)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El alumno ha sido instruído y es capaz de llevar y autoadministrar su propia medicación. Sí \_\_\_\_No\_\_\_\_

Proveedor, (en letra de molde) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si esta condición justifica las adaptaciones del servicio de comidas, por favor complete la declaración médica de discapacidad dietética.

**PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA**

1. Si se ha administrado epinefrina, llame al 911. Informe que se ha tratado una reacción alérgica y que podría necesitar epinefrina, ,oxígeno u otros medicamentos.

2. Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Contactos de emergencia: Nombre/Relación Número(s) de teléfo

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INCLUSO SI EL PADRE/TUTOR NO PUEDE SER LOCALIZADO; NO DUDE EN ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE EMERGENCIA**

Doy permiso para que el personal de la Escuela comparta esta información, siga este plan, administre la medicación y cuide a mi hijo/a y, si es necesario se ponga en contacto con nuestro proveedor de atención médica. Asumo toda la responsabilidad de proporcionar a la Escuela la medicación prescrita y los dispositivos de administración/monitoreo.

Apruebo este Plan de Atención para Alergias Graves para mi hijo o hija.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermera de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONAL FORMADO / DELEGADO

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Habitación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contrato de autotransporte en el expediente. Sí \_\_\_No\_\_\_ La medicación se encuentra en:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EPIPEN (EPINEFRINA), INSTRUCCIONES DEL AUTOINYECTOR**

1. Saque el autoinyector EpiPen del estuche de plástico.

2. Tire del tapón azul de seguridad.

3. Gire y empuje firmemente la punta naranja contra la parte exterior del muslo.

4. Manténgalo durante aproximadamente 10 segundos.

5. Retire y masajee la zona durante 10 segundos.

**AUVI-Q (INYECCIÓN DE EPINEFRINA, USP) INSTRUCCIONES**

1. Retire el estuche exterior de Auvi-Q. Esto activará automáticamente las instrucciones de voz.

2. Retire el protector de seguridad rojo

3. Coloque el extremo negro contra la parte exterior del muslo.

4. Presione firmemente y mantenga durante 5 segundos.

5. Retire del muslo.

**ADRENACLICK/ INDICACIONES GENÉRICAS**

1. Retire el estuche exterior.

2. Retire las tapas grises etiquetadas como "1" y "2".

3. Coloque la punta redondeada roja contra el muslo de la outr.

4. Presione con fuerza hasta que la aguja penetre.

5. 5. Mantenga la presión durante 10 segundos. Retire del muslo.

***Una vez utilizada la epinefrina, llame al 911.***

***El alumno debe permanecer en una posición cómoda.***