



Severe Allergy Action Plan

Student's Name _____ D.O.B. _____ Teacher _____

ALLERGY TO: _____

STEP 1: TREATMENT

SYMPTOMS:

- Mouth Itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth
- Skin Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities
- Gut Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea
- Throat† Tightening of throat, hoarseness, hacking cough
- Lung† Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing
- Heart† Thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness
- Other† _____
- If reaction is progressing (several of the above areas affected), give

GIVE CHECKED MEDICATION

** (To be determined by physician authorizing treatment)

- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine
- Epinephrine Antihistamine

The severity of symptoms can quickly change. †Potentially life-threatening.

DOSAGE

Epinephrine: inject intramuscularly (circle one) EpiPen® EpiPen® Jr. Twinject™ 0.3 mg Twinject™ 0.15 mg

Antihistamine: give _____ medication / dose / route

Other: give _____ medication / dose / route

IMPORTANT: Asthma inhalers and/or antihistamines cannot be depended on to replace epinephrine in anaphylaxis.

STEP 2: EMERGENCY CALLS

1. Call 911 (or Rescue Squad: _____).

State that an allergic reaction has been treated, and additional epinephrine may be needed.

2. Dr. _____ Phone Number: _____

3. Parents _____ Phone Number(s) _____

4. Emergency contacts:

Name/Relationship _____ Phone Number(s) _____ (1) _____ (2) _____

b. _____ (1) _____ (2) _____

**EVEN IF PARENT/GUARDIAN CANNOT BE REACHED,
DO NOT HESITATE TO MEDICATE OR TAKE CHILD TO MEDICAL FACILITY!**

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Doctor's Signature _____ Date _____

(Required)



Plan de acción de alergias severas

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Maestro _____

ALERGIA A: _____

PASO 1: TRATAMIENTO

Síntomas:

Otorgar el medicamento marcado

******(A ser determinado por el médico que autoriza el tratamiento)

- | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Boca | Picazón, cosquilleo o hinchazón de los labios, la lengua o boca | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Piel | Urticaria, erupción cutánea, hinchazón de la cara o extremidades | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Intestinos | Náusea, calambres abdominales, vómitos, diarrea | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Garganta† | Presión en la garganta, ronquera, tos seca | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Pulmones† | Dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancia | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Corazón† | Pulso filiforme, presión sanguínea baja, desmayo, palidez, piel azulada | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Otro† | _____ | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <input type="checkbox"/> Si la reacción está progresando (varias de las áreas de arriba se ven afectadas) otorgar | | <input type="checkbox"/> Epinefrina | <input type="checkbox"/> Antihistamínico |

La severidad de los síntomas pueden cambiar rápidamente. †Potencialmente letal.

DOSIS

Epinefrina: inyectar de forma intramuscular (circule uno) EpiPen® EpiPen® Jr. Twinject™ 0.3 mg Twinject™ 0.15 mg

Antihistamínico: otorgar _____
medicamento/dosis/vía

Otro: otorgar _____
medicamento/dosis/vía

IMPORTANTE:

no se puede depender de los inhaladores de asma y/o antihistamínicos como reemplazo de la epinefrina en caso de anafilaxia.

PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA

1. Llamar al 911 (o equipo de rescate: _____).

Mencionar que una reacción alérgica ha sido tratada y que podría ser necesaria una epinefrina adicional.

2. Dr. _____ Número telefónico: _____

3. Padres _____ Número(s) telefónico(s) _____

4. Contactos de emergencia:

Nombre/Relación _____ Número(s) telefónico(s)
a. _____ (1) _____ (2) _____

b. _____ (1) _____ (2) _____

**¡AUN SI EL PADRE/TUTOR NO PUEDE SER LOCALIZADO,
NO DUDE EN MEDICAR O LLEVAR AL NIÑO A UNA INSTALACIÓN MÉDICA!**

Padre/Tutor Firma _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

(Required)