Asociación Andaluza de Alergia a Alimentos AVANZAX

FICHA TÉCNICA DEL ALUMNO/A CON ALERGIA A ALIMENTOS

FOTO

Datos del alumno/a

Nombre:_____

Curso:_____Edad:_____Peso:_____

Tutor/a-Profesor/a:_____

Personas de contacto y teléfonos:_____

_____

_____

Profesional sanitario

Sello/firma:_____

Con alergias a:_____

Medidas preventivas necesarias:_____

_____

_____

Inscrito en programa AIRE: SI ☐ NO ☐

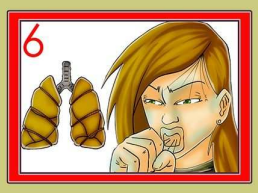
ASMÁTICO: SI ☐ ¡Mayor riesgo de ANAFILAXIA! NO ☐

Medicamentos Prescritos

Tipo	Nombre	Método de administración	Dosis
Antihistamínico			
Corticoide			
Adrenalina			
Otro			

- No existe responsabilidad de ningún género si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate, adrenalina intramuscular, con el fin de salvar la vida del alérgico.

SÍNTOMAS DE ALERGIA Y PAUTAS DE ACTUACIÓN

ANTE LA PRESENCIA DE...	ACTUACIÓN
Picor de boca, enrojecimiento o erupción alrededor y/o hinchazón de labios.	1 Retirar el alérgeno, si es que queda, de la boca. 2 Sentar al niño en lugar tranquilo, apartado. 3 Administrar antihistamínicos (y corticoides si la intensidad de los síntomas es importante). 4 Vigilar al niño al menos 30 minutos. 5 Avisar a la familia. 6 Si la evolución de estos síntomas es muy rápida, se recomienda administrar adrenalina autoinyectable para evitar la progresión hacia síntomas de mayor gravedad.
Erupción cutánea con picor y/o hinchazón de extremidades u otra zona del cuerpo. (asociada o no a lo anterior)	
Naúseas, vómitos, dolor abdominal o diarrea. (asociada o no a los anteriores)	
Picor de ojos, enrojecimiento, picor nasal, estornudos de repetición o moqueo abundante. (asociada o no a cualquiera de los anteriores)	
Sensación de cuerpo extraño en garganta, ronquera o tos perruna. (asociada o no a cualquiera de los anteriores)	1. Retirar el alérgeno. 2. Administrar adrenalina autoinyectable. 3. Posicionamiento adecuado: - Consciente y sin dificultad para respirar: tumbado con las piernas elevadas - Consciente y con dificultad para respirar: sentado - Inconsciente pero capaz de respirar por sí solo o con vómitos: decúbito lateral 4. Avisar al teléfono de emergencias **112** 5. Nunca dejar solo al niño/a
 Tos seca repetitiva, dificultad para respirar sensación de opresión torácica, pitidos en el pecho o signos de agotamiento. (asociada o no a cualquiera de los anteriores)	
Mareo, palidez generalizada, desvanecimiento, presión arterial baja, labios o dedos azules o sensación de gravedad. (asociada o no a cualquiera de los anteriores)	

MI HIJO/A REACCIONA POR:

CONTACTO ☐ **INHALACIÓN** ☐ **INGESTA** ☐

AUTORIZACIÓN DE LA FAMILIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICACIÓN AL ALUMNO/A

D./Dña._____
con DNI_____ , en calidad de padre, madre o turor legal del alumno o alumna_____
_____
matriculado/a en el centro_____

AUTORIZO al personal del centro para que, en caso de necesidad, MEDIQUE a mi hijo o hija para que reciba el tratamiento prescrito para su alergia. Asimismo, me comprometo a informar al centro de cualquier modificación en los tratamientos. Ruego sigan las siguientes indicaciones:

1. Retirar el alimento que pueda seguir en contacto con el niño/a.
2. Evitar dejar al niño/a nunca solo.
3. No provocar vómito.
4. Utilizar el autoinyector de adrenalina según prescripción médica.
5. Llamar al 112 e indicar si está inscrito en el PROGRAMA AIRE.
6. Contactar con la familia para informar de la situación.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente

EN _____A_____DE_____DE_____

Fdo:_____

Asociación Andaluza de Alergia a Alimentos AVANZAX
Inscrita en el registro de asociaciones de Andalucia, Nº 8825
Contacto: info@asociacionavanzax.org y Tfno.: 674366318