

תכנית פעולה לטיפול בתגובה אלרגית למזון ואנפילקסיס

תמונה

שם: _____ גיל: _____ משקל: _____ ק"ג

אלרגיה ל_____

אסטמה כן (בסיכון לתגובה קשה) / לא

אנשי קשר (שם וקרבה):



בחשד לחשיפה לאלרגן והופעת תסמינים קלים



דרכי עיכול
בחילה
הקאות
כאב בטן
שלשולים



עור
תפרחת
גרד ממושט



פה
גרד בלוע



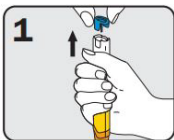
אף
נזלת
גרד באף
התעטשויות

במעורבות של מערכת אחת:

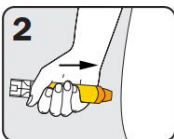
- מתן אנטיהיסטמינים _____
- השגחה צמודה ומעקב אחר שינויים; להודיע לאנשי הקשר.
- אם התסמינים מחמירים - מתן אפיפן 0.3 מ"ג/אפיפן גיוניור 0.15 מ"ג.

במעורבות של **שתי** מערכות מתן **מייד** של אפיפן 0.3 מ"ג/אפיפן גיוניור 0.15 מ"ג

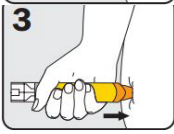
הוראות שימוש במזרק אפיפן



1. אחיזת המזרק בכף יד מאוגרפת כשהחלק הכחול כלפי מעלה, בעזרת היד השניה הסרת המכסה הכחול.



2. קרוב הקצה הכתום לחלק החיצוני של הירך.



3. נעיצת המזרק בזווית 90 לירך עד לשמיעת "קליק" והחזקתו במשך 3 שניות.



4. הוצאת המזרק ועיסוי אזור ההזרקה במשך 10 שניות. לאחר ההזרקה, מיד עם הוצאת המזרק, המחט תכוסה באופן אוטומטי.

תאריך _____
ד"ר _____
חתימה _____

לכל אחד מהתסמינים הבאים מתן מייד של אפיפן



אחר
ערפול הכרה



פה ולוע
נפיחות ניכרת בלשון ו/או בשפתיים
קושי בנשימה
קושי בבליעה
צרידות



לב
חיורון
כיחלון
דופק חלש
סחרחורת
התעלפות



ראות
קוצר נשימה
צפצופים
שיעול

לאחר מתן האפיפן:

- להתקשר למד"א 101.
- להשכיב את המטופל. אם קושי בנשימה יש להושיבו. השגחה צמודה ומעקב. אם התסמינים חוזרים, מתן מנה נוספת של אפיפן כעבור 5 דקות.
- להודיע לאנשי הקשר.
- לדאוג להעברת המטופל לבדיקה רפואית והשגחה במתקן רפואי (מיון/מוקד), השגחה נדרשת למשך 4 שעות לפחות.
- יש לדווח לצוות הרפואי על שעת השימוש במזרק.