

ALLERGY & ANAPHYLAXIS EMERGENCY PLAN








DATE OF PLAN: _____

Student Name: _____ Date of Birth (MM/DD/YY): _____ Age: _____
 School: _____ Grade: _____ Weight: _____ lbs. kg

History of anaphylaxis: Yes No Student has asthma: Yes (*higher risk for a severe reaction*) No
 Student may: Self-carry epinephrine: Yes* No Self-administer epinephrine: Yes* No *By choosing yes, I confirm the student has received instruction on the indication for medication usage and the method of administration.
 Allergies (please list): _____

IMPORTANT REMINDER: DO NOT depend on antihistamines or inhalers to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.

For ANY of the following SEVERE SYMPTOMS





 LUNG Shortness of breath, wheezing, or coughing	 HEART Pale or bluish skin, fainting, weak pulse, or dizziness	 THROAT Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing	 MOUTH Swelling of lips or tongue
 SKIN Many hives or redness over body	 GUT Repetitive vomiting or severe diarrhea	 OTHER Feeling of "doom," confusion, altered consciousness, or agitation	

Or a **COMBINATION** of symptoms.

1. **ADMINISTER EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
Note time epinephrine was given.
2. **CALL 911.** Tell the emergency dispatcher the student is having anaphylaxis.
3. **Stay with the student and monitor closely.**
Alert emergency contacts and the student's healthcare provider.
 - If symptoms worsen or do not improve after five minutes, give a second dose of epinephrine.
 - Keep the student lying on their back. If the student vomits or has trouble breathing, keep the student lying on their side.
4. **Give other medicine (if prescribed).**
 - Antihistamine/inhaler (bronchodilator) if wheezing.

****Do not use other medicine in place of epinephrine.****

MILD SYMPTOMS

 NOSE Itchy or runny nose, sneezing	 MOUTH Itchy mouth	 GUT Mild nausea or discomfort	 SKIN A few hives, mild itch
---	--	--	--

For **MILD SYMPTOMS** from **MORE THAN 1 SYSTEM AREA**, GIVE EPINEPHRINE.

For **MILD SYMPTOMS** from **A SINGLE SYSTEM AREA**, follow the directions below:

1. Give antihistamine (if prescribed).
2. Stay with the student and monitor closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.
3. Alert emergency contacts.

Check here if the student has an extremely severe allergy and should be given epinephrine at the first sign of any symptoms, even if mild.

MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine (list type): _____
 Epinephrine Dose: 0.1 mg IM (intramuscular) 0.15 mg IM
 0.3 mg IM 1 mg IN (intranasal) 2 mg IN
 Antihistamine, by mouth (type and dose): _____
 Other (type/dose/route): _____
 Additional Instructions/Comments: _____

EMERGENCY CONTACTS

Health Care Provider:	Parent/Guardian:	Other (Name/Relationship):
Phone:	Phone:	Phone:
Printed Name of Parent/Guardian	Parent/Guardian Signature	Date
Printed Name or Stamp of Health Care Provider	Health Care Provider Signature	Date
Printed Name of School Nurse (per policy)	School Nurse Signature (per policy)	Date

FECHA DEL PLAN: _____








PLAN DE EMERGENCIA PARA ALERGIAS Y ANAFILAXIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____ Edad: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Peso: _____ lbs. kg

Antecedentes de anafilaxia: Sí No El estudiante padece de asma: Sí (mayor riesgo de una reacción grave) No
 El estudiante puede: Traer su epinefrina: Sí* No Epinefrina autoadministrada: Sí* No
 *Al elegir sí, confirmo que el estudiante ha recibido instrucción sobre la indicación para el uso del medicamento y el método de administración.
 Alergias (enumere): _____

RECORDATORIO IMPORTANTE: NO dependa de antihistamínicos o inhaladores para tratar una reacción grave. USE EPINEFRINA.





Para CUALQUIERA de los siguientes SÍNTOMAS GRAVES

 PULMÓN Dificultad para respirar, sibilancias o tos	 CORAZÓN Piel pálida o morada, desmayos, pulso débil o mareos	 GARGANTA Garganta apretada o ronquera, dificultad para respirar o tragar	 BOCA Labios o lengua hinchados
 PIEL Muchas urticarias o enrojecimiento en el cuerpo	 INTESTINO Vómitos repetidos o diarrea severa	 OTRO Sentido de "fatalidad", confusión, nivel de conciencia alterado o agitación	

O una COMBINACIÓN de síntomas.

- ADMINISTRE EPINEFRINA INMEDIATAMENTE.** Anote la hora de administración de la epinefrina.
- LLAME AL 911.** Dígale al operador de emergencias que el estudiante está teniendo anafilaxia.
- Permanezca con el estudiante y monitorea de cerca.** Alerta a los contactos de emergencia y al proveedor de atención médica del estudiante.
 - Si los síntomas empeoran o no mejoran después de cinco minutos, administre una segunda dosis de epinefrina.
 - Mantenga al estudiante acostado boca arriba. Si el estudiante vomita o tiene problemas para respirar, mantenga al estudiante acostado de lado.
- Administre otros medicamentos (si están prescritos).**
 - Antihistamínico/inhalador (broncodilatador) en caso de sibilancia.****No use otros medicamentos en lugar de epinefrina****

SÍNTOMAS LEVES

 NARIZ Picazón o secreción nasal, estornudos	 BOCA Picazón en la boca	 INTESTINO Náuseas o molestias leves	 PIEL Algo de urticaria, picazón leve
--	--	--	---

PARA SÍNTOMAS LEVES en MÁS DE 1 ÁREA DEL SISTEMA, ADMINISTRE EPINEFRINA.

Para SÍNTOMAS LEVES en UNA SOLA ÁREA DEL SISTEMA, siga las instrucciones a continuación:

- Administre antihistamínico (si está prescrito).
- Permanezca con el estudiante y monitorea de cerca cualquier cambio. Si los síntomas empeoran, administre epinefrina.
- Alerte a los contactos de emergencia.

Marque aquí si el estudiante padece alguna alergia extremadamente grave y debe recibir epinefrina al primer indicio de cualquier síntoma, incluso si es leve.

MEDICAMENTOS/DOSIS

Epinefrina (indique el tipo): _____

Dosis de epinefrina: 0.1 mg IM (intramuscular) 0.15 mg IM
 0.3 mg IM 1 mg IN (intranasal) 2 mg IN

Antihistamínico, por vía oral (tipo y dosis): _____

Otros (tipo/dosis/vía): _____

Instrucciones/ comentarios adicionales: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Proveedor de atención médica:	Padre/Madre/Tutor:	Otro (nombre/relación):
Tel.:	Tel.:	Tel.:
Nombre en letra de imprenta de la madre/del padre/tutor	Firma de la madre/del padre/tutor	Fecha
Nombre impreso o sello del proveedor de atención médica	Firma del proveedor de atención médica	Fecha
Nombre impreso de la enfermera escolar (conforme a la política)	Firma de la enfermera escolar (conforme a la política)	Fecha