Allergy Action Plan

Attach Scholar's Photo Here

Scholar _____ **D.O.B:**_____ **Teacher:**_____ **School:**_____

ALLERGY TO: _____ **Past Reaction Type:** _____

Asthmatic ☐ Yes* ☐ No *Higher risk for severe reaction

STEP 1: TREATMENT

Symptoms:		**Give Checked Medication** *(To be determined by physician authorizing treatment)*	
If a food allergen has been ingested, but *no symptoms*: ☐ Observe		☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Mouth	Itching, tingling, or swelling of lips, tongue, mouth	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Skin	Hives, itchy rash, swelling of the face or extremities	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Gut	Nausea, abdominal cramps, vomiting, diarrhea	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Throat *	Tightening of throat, hoarseness, hacking cough	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Lung *	Shortness of breath, repetitive coughing, wheezing	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Heart *	Weak, thready pulse, low blood pressure, fainting, pale, blueness	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
Other *	_____	☐ EpiPen	☐ Antihistamine
If Reaction is progressing (several of the above areas affected), give:		☐ EpiPen	☐ Antihistamine

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

DOSAGE

Epinephrine: _____
Route to administer

☐ EpiPen 0.3mg ☐ EpiPen Jr. 0.15mg
☐ Twinject 0.3mg ☐ Twinject 0.15mg
☐ Auvi-Q 0.3mg ☐ Auvi-Q 0.15mg

Other medicine: _____

☐ Give second epinephrine dose after_____minutes if no improvement and EMS has not arrived.

Antihistamine: _____
Medication / Dose / Route

Other Medication to administer: _____
Medication / Dose /Route / Reason for administration

STEP 2: EMERGENCY CALLS

1. **Call 911. Tell them that a child is having an allergic reaction and may need epinephrine when they arrive.**
2. **After epinephrine has be given, lay the scholar flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.**
3. **Even if parent/guardian cannot be reached, do not hesitate to medicate and have scholar transported to the nearest medical facility. Transport to ER even if systems resolve.**

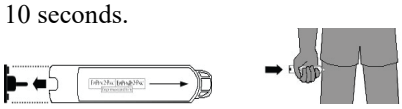
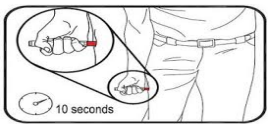
Parent/Guardian: _____/_____/_____/_____
Print **Signature** **Date** **Telephone Number**

Physician_____/_____/_____/_____
Print **Signature** **Date** **Telephone Number**

EMERGENCY CONTACTS

	Name	Relationship	Number(s)
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

DIRECTIONS

EPIPEN® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR DIRECTIONS	AUVI-QTM (EPINEPHRINE INJECTION, USP) DIRECTIONS	ADRENACLICK®/ADRENACLICK® GENERIC DIRECTIONS
1. Remove the EpiPen Auto-Injector from the plastic carrying case. 2. Pull off the blue safety release cap. 3. Swing and firmly push orange tip against mid-outer thigh. 4. Hold for approximately 10 seconds. 5. Remove and massage the area for 10 seconds. 	1. Remove the outer case of Auvi-Q. This will automatically activate the voice instructions. 2. Pull off red safety guard. 3. Place black end against mid-outer thigh. 4. Press firmly and hold for 5 seconds. 5. Remove from thigh. 	1. Remove the outer case. 2. Remove grey caps labeled "1" and "2". 3. Place red rounded tip against mid-outer thigh. 4. Press down hard until needle penetrates. 5. Hold for 10 seconds. Remove from thigh. 

SELF-ADMINISTRATION OF PRESCRIPTION ANAPHYLAXIS MEDICINE

(To be completed by the Authorizing Physician)

☐ It is my professional opinion that _____ (scholar's name) ***should <u>NOT</u>*** be allowed to carry and self-administer any of his/her anaphylaxis medicine while on school property or at school related events.

☐ It is my professional opinion that _____ (scholar's name) ***should*** be allowed to carry and self-administer _____ while on school property or at school-related events. I have instructed the student in the proper way to self-administer the anaphylaxis medicine. The student is knowledgeable about the medicine and how to administer it.

_____/_____/_____

Physician (Print Name) **Signature** **Date**

(To be completed by Parent/ Legal Guardian)

<u>APPLICABLE ONLY IF THE CRITERIA HAS BEEN IS MET TO SELF-ADMINISTER PRESCRIPTION ANAPHYLAXIS MEDICINE</u>

I give permission for my scholar to self-administer the prescribed medication listed above, in accordance with the physician's order, while on school property or at a school-related event or activity. Self-administration must be done in compliance with the prescription and state law.

_____/_____/_____

Parent/Guardian (print) **Signature** **Date**

Estudiante _____ **Fecha de nacimiento:**_____ **Maestro:**_____ **Escuela:**_____

Plan de acción contra alergias

Adjuntar foto del estudiante aquí

ALERGIA A: _____ **Tipo de reacción anterior:** _____

Asmático ☐ Sí* ☐ No * Alto riesgo de reacción grave

PASO 1: TRATAMIENTO

Síntomas:		**Administrar medicamento marcado** *(Lo determinará el médico que autorice el tratamiento).*		
Si se ha ingerido un alérgeno alimentario, pero *no hay síntomas*:		☐ Observar	☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Boca	Picor, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca.		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Piel	Urticaria, erupción cutánea con picor, hinchazón del rostro o de las extremidades.		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Intestinos	Náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea.		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Garganta*	Opresión de garganta, ronquera, tos seca.		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Pulmones*	Dificultad respiratoria, tos repetitiva, sibilancias.		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Corazón*	Pulso débil y filiforme, tensión arterial baja, desmayo, palidez, coloración azulada.		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Otro*	_____		☐ EpiPen	☐ Antihistamínico
Si la reacción está progresando (varias de las zonas anteriores afectadas), administrar:			☐ EpiPen	☐ Antihistamínico

*** La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. * Potencialmente mortal.*

DOSIS

Epinefrina: _____ Vía de administración

☐ EpiPen	0.3 mg	☐ EpiPen Jr.	0.15 mg
☐ Twinject	0.3 mg	☐ Twinject	0.15 mg
☐ Auvi-Q	0.3 mg	☐ Auvi-Q	0.15 mg

Otro medicamento: _____

☐ Administrar una segunda dosis de epinefrina después de _____ minutos si no hay mejoría y no ha llegado el Servicio de Emergencias Médicas.

Antihistamínico: _____
Medicamento/dosis/vía

Otro medicamento que se debe administrar: _____
Medicamento/dosis/vía/motivo de la administración

PASO 2: LLAMADAS DE EMERGENCIA

4. **Llame al 911. Dígales que un niño está teniendo una reacción alérgica y que puede necesitar epinefrina cuando lleguen.**
5. **Una vez administrada la epinefrina, acueste al estudiante, levántele las piernas y manténgalo caliente. Si respira con dificultad o vomita, deje que se siente o que se tumbe de lado.**
6. **Aunque no se pueda localizar a los padres o tutores, no dude en medicar al estudiante y trasladarlo al centro médico más cercano. Llévelo a la sala de urgencias aun si los síntomas remiten.**

Padre/madre/tutor: _____/_____/_____/_____
Nombre en letra de imprenta **Firma** **Fecha** **Número de teléfono**

Médico_____/_____/_____/_____
Nombre en letra de imprenta **Firma** **Fecha** **Número de teléfono**

Plan de acción contra alergias (página 2)

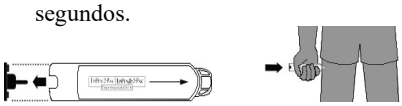
CONTACTOS DE EMERGENCIA

	Nombre	Relación	Número(s)
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

INSTRUCCIONES

INSTRUCCIONES PARA EL AUTOINYECTOR EPIPEN® (EPINEFRINA)

1. Retire el autoinyector EpiPen del estuche de plástico.
2. Retire el capuchón azul de seguridad.
3. Gire la punta naranja y presiónela firmemente contra la parte externa media del muslo.
4. Mantenga la presión durante aproximadamente 10 segundos.
5. Retire y masajee la zona durante 10 segundos.

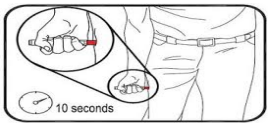


INSTRUCCIONES PARA AUVI-QTM (EPINEFRINA INYECTABLE, USP)

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 externa media del muslo.
4. Presione firmemente y mantenga la presión durante 5 segundos.
5. Retire del muslo.

INSTRUCCIONES GENÉRICAS PARA ADRENACLICK®/ADRENACLICK®

1. Retire el estuche exterior.
2. Retire los capuchones grises marcados con "1" y "2".
3. Coloque la punta roja redondeada contra la parte externa media del muslo.
4. Presione con fuerza hasta que la aguja penetre.
5. Mantenga la presión durante 10 segundos. Retire del muslo.



AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA LA ANAFILAXIA

(Para que complete el médico que autoriza el tratamiento)

☐ Es mi opinión profesional que a _____ (nombre del estudiante) ***NO se le debe*** permitir llevar consigo y autoadministrarse ninguno de sus medicamentos para la anafilaxia mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en eventos relacionados con la escuela.

☐ Es mi opinión profesional que a _____ (nombre del estudiante) ***se le debe*** permitir llevar consigo y autoadministrarse _____ mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en eventos relacionados con la escuela. He instruido al estudiante sobre la forma correcta de autoadministrarse el medicamento para la anafilaxia. El estudiante conoce el medicamento y la forma de administrarlo.

_____/_____/_____

Médico (nombre en letra de imprenta) **Firma** **Fecha**

(Para que complete el padre/madre/tutor legal)

APLICABLE SOLO SI SE CUMPLEN LOS CRITERIOS PARA LA AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA LA ANAFILAXIA

Autorizo a mi estudiante a autoadministrarse el medicamento recetado que se indica más arriba, de acuerdo con la orden del médico, mientras se encuentre en las instalaciones de la escuela o en un evento o actividad relacionados con la escuela. La autoadministración debe realizarse de acuerdo con la prescripción y con la ley estatal.

_____/_____/_____

Padre/madre/tutor (nombre en letra de imprenta) **Firma** **Fecha**