

תוכנית פעולה למקרה חרום - אלרגיה למזון

תמונת התלמיד/ה

שם התלמיד/ה: _____

כיתה/גן/מעון: _____ מחנכת/גננת: _____

אלרגיה ל _____

אסטמה כן* / לא* (בסיכון לתגובה קשה) טופל באפיפן בעבר: כן / לא

שלב 1: טיפול תסמינים

- | טיפול | |
|-------------|--|
| אנטיהיסטמין | • אם אכל/ה המזון הנ"ל ולא הופיעו סימנים או עור |
| | • פריחה ו/או גרד בחלקי גוף שונים ו/או נפיחות בגפיים |
| | • אף עיטושים ו/או נזלת מימית |
| | • דרכי עיכול בחילה, כאב בטן עוויתי, הקאה ו/או שלשול |
| מזרק אפיפן | • פה גרד ונפיחות בשפתיים, בלשון או בפה |
| | • לוע* תחושת צריבה ו/או מלאות בלוע, צרידות, כחכוך |
| | • ריאות* קוצר נשימה, שיעול ו/או צפופים |
| | • לב* דופק חלש, ערפול הכרה, התעלפות, חירון או הכחלה |
| | • אם התגובה מחמירה או מופיעים סימנים במספר מערכות יש לתת |

חומרת התסמינים וערוב המערכות יכולות להשתנות במהירות, כל התסמינים המסומנים ב-* עלולים להתפתח לתגובה מסכנת חיים.

מינון

מזרק אפיפן / מזרק אפיפן גיוניור: הזרקה תוך שרירית לירך

אנטיהיסטמין: מתן _____ טיפות / מ"ל

אחר: מתן _____

שלב 2: דיווח טלפוני

1. להתקשר למד"א טלפון 101 או _____.

2. להתקשר להורה:

א. אם: _____ טלפון: _____ נייד: _____

ב. אב: _____ טלפון: _____ נייד: _____

ג. _____ טלפון: _____ נייד: _____

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ תאריך: _____

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____ תאריך: _____

צוות מאומן בביה"ס/גן/מעון:

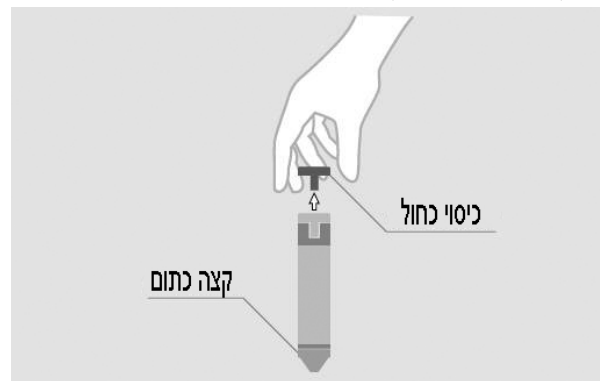
1. _____ חדר: _____

2. _____ חדר: _____

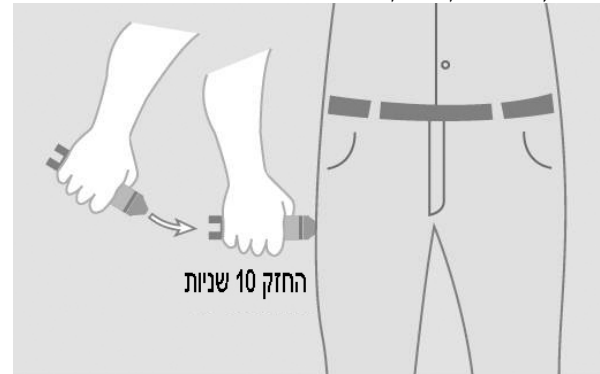
_____ מיקום המזרק:

הוראות שימוש במזרק אפיפן:

1. הסרת הכיסוי הכחול.



2. אגרוף המזרק כשקצהו הכתום כלפי מטה.



3. קירוב הקצה הכתום לחלק החיצוני של הירך.

4. נעיצת המזרק בזווית של 90° לירך עד לשמיעת "קליק" והחזקתו במשך 10 שניות. לאחר ההזרקה, מיד עם הוצאת המזרק, המחט תכוסה באופן אוטומטי.

5. עיסוי אזור ההזרקה במשך 10 שניות.

מיד לאחר ההזרקה יש לדאוג להעברת הילד/ה לבדיקה רפואית בחדר מיון. יש לדווח לצוות האמבולנס/רופאים בחדר המיון על שעת השימוש במזרק (רצוי לצרפו לילד/ה באריזה המקורית).

סרטון באנגלית להדגמת שימוש במזרק אפיפן ניתן לראות בקישור:

<http://www.epipen.com/how-to-use-epipen>