

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

**PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI ADRENALINA  
AUTOINIETTABILE PER IL TRATTAMENTO DI PAZIENTI CON RISCHIO  
ACCERTATO DI SHOCK ANAFILATTICO**

Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'assistito/a \_\_\_\_\_ Sesso M  F

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

ASP di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Si certifica che l'assistito/a è affetto da allergia e presenta un rischio accertato di shock anafilattico da:

alimenti  farmaci  veleno imenotteri  inalanti  altro (specificare)

Sulla base dei seguenti dati anamnestici: \_\_\_\_\_

Farmaco prescritto: adrenalina auto iniettabile monodose

iniettore da 150 mcg  1 iniettore  2 iniettori

iniettore da 300 mcg  1 iniettore  2 iniettori

iniettore da 500 mcg  1 iniettore  2 iniettori

Il medico prescrittore istruirà sulla modalità di somministrazione e su eventuali effetti collaterali

La prescrizione di 2 iniettori è consigliata nelle seguenti categorie a rischio. Specificare:

soggetti affetti da allergia alimentare responsabile della pregressi anafilassi e concomitante asma grave o moderata instabile

soggetti affetti da mastocitosi o che presentino in condizioni basali elevati valori di triptasi sierica

mancanza di accesso rapido a Strutture Sanitarie per problemi logistici o per non conoscenza e comprensione della lingua italiana

soggetti che, in pregressi episodi di anafilassi, hanno necessitato durante il trasporto all'ospedale di due somministrazioni di adrenalina : anafilassi bifasica

soggetti con pregressi anafilassi quasi fatale (intubazione, ricovero in rianimazione)

soggetti obesi

(Position Paper: *Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology, 2014*)

Validità massima: 1 anno

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbro e firma del Medico prescrittore