

过敏性休克应急行动计划

请注意，此表格在一年后将过期。

患者姓名（名字，姓氏，中间名）		出生日期	应急行动计划 到期日期
患者体重：		哮喘病史：是/否	年级
患者已知的严重过敏反应：			
☐ 如果检查发现有任何症状，很可能吃入、吸入或接触了过敏原，应立即注射肾上腺素。		☐ 如果进行了检查，即使没有明显症状，但如果确定吃入、吸入或接触了过敏原，也应立即注射肾上腺素。	
药物： ☐ 肾上腺素注射笔（儿童用）（0.15 毫克） ☐ 肾上腺素注射笔（0.3 毫克） ☐ 其他：_____		注射部位： ☐ 大腿 ☐ 其他：_____	
为了预防过敏性休克，注射一次后请立即拨打 911 *症状通常会在第一剂后立即减轻。如果症状在 4-6 分钟后没有减轻， 或者症状减轻后又复发，请注射第二剂*			
医疗保健提供者		提供者电话号码	
家长/监护人姓名		家长/监护人电话号码	
紧急联系人	家庭电话号码	工作电话号码	手机电话号码
1.			
2.			
3.			

请留意以下症状：



鼻子

瘙痒/流鼻涕、打喷嚏



嘴巴

嘴巴发痒



皮肤

少量荨麻疹，轻微瘙痒



肠胃

轻微恶心/不适感

遵循以下 4 个简单步骤，从载管中取出 EpiPen® 自动注射器：



第 1 步

从载管中取出。



第 2 步

直接向上拉，取下蓝色安全盖。



第 3 步

将自动注射器插入大腿，橙色尖端应与大腿相接，听到“咔嚓”一声。



第 4 步

握住自动注射器 10 秒钟。取出自动注射器并按摩注射部位。

作为家长/监护人：

1. 必要时隔着衣物给孩子注射 EpiPen® 或 EpiPen® 儿童版，拨打 911，陪伴孩子并观察症状是否缓解。
2. 如果症状在 4-6 分钟内没有缓解，或症状缓解后又复发，则给孩子注射第二支 EpiPen。
3. 拨打 911
4. 致电上述紧急联系人
5. 急救人员到达时，将学生使用过的自动注射器交给急救人员。

作为学校教职员：

1. 如有必要，隔着衣物注射 EpiPen® 或 EpiPen® 儿童版。
2. 陪在孩子身边，观察孩子的变化
3. 拨打 911
4. 致电上述紧急联系人

可能只出现一些体征和症状。严重程度可能变化很快。有些症状可能危及生命。某些体征和症状包括：

- 呼吸困难、喘鸣
- 声音沙哑，说话困难
- 皮肤出现荨麻疹/皮疹，发红、发痒
- 面部、嘴唇、口腔和舌头肿胀
- 头晕、昏厥、失去知觉
- 胃痛、呕吐、腹泻
- 心跳加快

其他注意事项：

- 如果发现新过敏症，请联系保健室工作人员，提供已知过敏症的最新信息
- 注射肾上腺素后再注射其他药物：如抗组胺药（如果出现喘鸣）
- 让患者平躺，抬高双腿并保持身体温暖。如果呼吸困难或发生呕吐，让患者坐起来或侧卧
- 即使症状缓解，也要将患者送往急诊室。患者应在急诊室停留至少 4 小时，因为症状可能会再次出现
- 立即联系初级保健提供者以采取下一步措施

过敏性休克应急行动计划



- 更换使用过的 Epi-Pens 并提交适用的学校表格（如药物和治疗表格等）

过敏性休克应急行动计划

初级保健提供者注意事项：

- 注射肾上腺素后再注射其他药物：如抗组胺药（如果出现喘鸣）。
- 让学生平躺，抬高双腿并保持身体温暖。如果呼吸困难或发生呕吐，让患者坐起来或侧卧。
- 确保急救人员将学生送往急诊室，即使症状已经缓解。学生应在急诊室停留至少 4 小时，因为症状可能会再次出现。
- 如果使用了以下签署的肾上腺素自动注射器，则应按照规程联系州教育厅长办公室进行更换。
- 联系保健室工作人员，提供有关过敏症的最新信息，应要求提供者提交一份新的应急行动计划——哥伦比亚特区卫生部 (DC Health)

学校用药同意书和医疗服务提供者医嘱：

医疗服务提供者姓名首字母

- ☐ _____ 该学生经过培训，能够使用肾上腺素自动注射器进行自我注射。
肾上腺素注射器放在哪里？ _____ （学生自带、护士室或 _____ 其他）
- ☐ _____ 允许该学生使用肾上腺素自动注射器。
- ☐ _____ 不允许该学生自行用药。

医疗保健提供者签名

日期

- ☐ 作为学生家长/监护人，我特此授权一名经过培训的学校雇员为学生用药。
- ☐ 作为学生家长/监护人，我特此授权该学生自行带药并自行用药。

我特此确认，根据《哥伦比亚特区法律》(D.C. Law) 第 17-107 节，除犯罪行为、蓄意不当行为、重大过失或故意不当行为外，哥伦比亚特区、学校、其雇员和代理人不因其行为或不行为而承担民事责任。

家长/监护人签名

日期