

ILLINOIS FOOD ALLERGY EMERGENCY ACTION PLAN AND TREATMENT AUTHORIZATION

Child's
Photograph

NAME: _____ D.O.B: ____ / ____ / ____

TEACHER: _____ GRADE: _____

ALLERGY TO: _____

Asthma: Yes (higher risk for a severe reaction) No

Weight: _____ lbs

ANY SEVERE SYMPTOMS AFTER SUSPECTED INGESTION:

LUNG: Short of breath, wheeze, repetitive cough
HEART: Pale, blue, faint, weak pulse, dizzy, confused
THROAT: Tight, hoarse, trouble breathing/swallowing
MOUTH: Obstructive swelling (tongue)
SKIN: Many hives over body

Or Combination of symptoms from different body areas:

SKIN: Hives, itchy rashes, swelling
GUT: Vomiting, crampy pain

INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY

- Call 911
- Begin monitoring (see below)
- Additional medications:
- Antihistamine
- Inhaler (bronchodilator) if asthma

Inhalers/bronchodilators and antihistamines are not to be depended upon to treat a severe reaction (anaphylaxis) → Use Epinephrine.

When in doubt, use epinephrine. Symptoms can rapidly become more severe.

MILD SYMPTOMS ONLY

Mouth: Itchy mouth
Skin: A few hives around mouth/face, mild itch
Gut: Mild nausea/discomfort

GIVE ANTIHISTAMINE

- Stay with child, alert health care professionals and parent.

IF SYMPTOMS PROGRESS (see above), INJECT EPINEPHRINE

- If checked, give epinephrine for ANY symptoms if the allergen was likely eaten.
 If checked, give epinephrine before symptoms if the allergen was definitely eaten.

MEDICATIONS/DOSES

EPINEPHRINE (BRAND AND DOSE): _____

ANTIHISTAMINE (BRAND AND DOSE): _____

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if asthma): _____

MONITORING: Stay with the child. Tell rescue squad epinephrine was given. A second dose of epinephrine can be given a few minutes or more after the first if symptoms persist or recur. For a severe reaction, consider keeping child lying on back with legs raised. Treat child even if parents cannot be reached.

- Student may self-carry epinephrine Student may self-administer epinephrine

CONTACTS: Call 911 Rescue squad: (____) _____

Parent/Guardian: _____ Ph: (____) _____

Name/Relationship: _____ Ph: (____) _____

Name/Relationship: _____ Ph: (____) _____

Licensed Healthcare Provider Signature: _____ Phone: _____ Date: _____
(Required)

I hereby authorize the school district staff members to take whatever action in their judgment may be necessary in supplying emergency medical services consistent with this plan, including the administration of medication to my child. I understand that the Local Governmental and Governmental Employees Tort Immunity Act protects staff members from liability arising from actions consistent with this plan. I also hereby authorize the school district staff members to disclose my child's protected health information to chaperones and other non-employee volunteers at the school or at school events and field trips to the extent necessary for the protection, prevention of an allergic reaction, or emergency treatment of my child and for the implementation of this plan.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Plan Individual de Cuidado de Salud de Alergias de Alimentos

(Cheque todo lo que aplique)

Plan General:

- Epinefrina será almacenada en: Oficina de la enfermera Salón de Clase En persona
- Si aplica, la forma de *permiso de Auto-transportar/Auto Administrarse* ha sido firmada y enviada
- El estudiante puede reconocer una reacción alérgica y conoce cuando y como buscar ayuda.

Plan del Salón de Clase (Grados Pre-escolar y Kínder):

- El estudiante deberá comer solo la comida aprobada y/o proporcionada por sus padres.
- Los padres/tutores deberán ser informados de fiestas, eventos o proyectos involucrando alimentos tan pronto como sea posible.
- Los padres del salón y los estudiantes serán notificados para evitar traer alérgenos dentro del salón

Plan de la Cafetería (Grados de Primaria):

- El estudiante se sentará con sus compañeros en una mesa respetuosa de los alérgenos.
- El estudiante se sentará en lugar designado, visible y accesible en una mesa general del salón de los salones.
- No requiere lugar especial.

Plan para viajes de estudio

- Necesidades especiales serán identificadas antes de cualquier viaje fuera del campus si servirá comida
- Los padres/tutores serán notificados por adelantado y permitido que acompañen si es necesario.
- Medicina prescrita y Planes de Acción de Emergencia deberán ser revisados y llevados a cabo por un miembro del personal.

Necesidades Adicionales:

Plan de los Padres/Guardianes

- Yo doy permiso al personal de Servicios de Salud comunicarse con el proveedor de atención médica acerca de esta medicamento.
- Yo asumo la responsabilidad de proporcionar medicamento que no expire durante el curso de su uso previsto
- Yo proporcionaré medicamento en la prescripción original con instrucciones de nuestro proveedor de atención médica.
- Si mi hijo está autorizado para auto transportar, medicamento adicional será mantenido en la oficina de salud como sea recomendado.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha** _____

Revisado por la enfermera de la escuela: _____ **Fecha:** _____