

Upplýsingablað og aðgerðaráætlun vegna fæðuofnæmis.

Upplýsingar um barnið



Nafn: _____

Kennitala: _____

Umsjónarkennari/Umsjónaraðili: _____

Nánustu aðstandendur, GSM sími, netfang:

Ofnæmi fyrir: _____

Einkenni og neyðartilfelli

Væg einkenni: _____

Meðferð - væg einkenni: _____

Alvarleg einkenni: _____

Meðferð – alvarleg einkenni: _____

Epinephrine-penni (Adrenalínpennti), staðsetning og ábyrgðaraðili: _____

Þeir sem kunna að gefa epinephrine-gjöf, nafn og GSM númer:

Lyf í neyðarboxi: _____

(hvaða lyf og hvar geymd)

Dagsetning: _____

Undirskrift foreldris/forráðaraðila: _____

Í neyðartilfellum: *Hringja fyrst í neyðarlínuna **112**, gefið lýsingu á atvikinu og hringið svo í forráðamann/-menn.*