

Rantoul Township High School
Severe Allergy (Anaphylaxis) Emergency Action Plan/IHP

Student Name: _____ Date: _____

School: _____ Duration of Plan/Order: _____ Grade: _____

In order to provide your child with the appropriate care, we request that the parent/guardian and medical provider complete this form and return it to the school nurse. If there are any changes in this information during the school year, please notify the school nurse in writing.

• **Severe allergy:** _____

• **Symptoms** student has experienced in the past: **(Please check all that apply)**

- _____ Itching & swelling of lips, tongue, or mouth
- _____ Itching &/or a sense of tightness in the throat, hoarseness, & hacking cough
- _____ Hives, itchy rash, &/or swelling about the face or extremities
- _____ Nausea, abdominal cramping, vomiting, &/or diarrhea
- _____ Shortness of breath, repetitive coughing &/or wheezing
- _____ "Thready pulse", "passing out"
- _____ Other: _____

Emergency Action Steps- DO NOT HESITATE TO GIVE EPINEPHRINE

1. Inject epinephrine in thigh using (check one)

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| _____ Adrenaclick (0.15 mg) | _____ Adrenaclick (0.3 mg) |
| _____ Auvi-Q (0.15 mg) | _____ Auvi-Q (0.3 mg) |
| _____ EpiPen Jr (0.15 mg) | _____ EpiPen (0.3 mg) |

Student is qualified to carry Epi-Pen? Yes: _____ No: _____

Student is qualified to self-administer Epi-Pen? Yes: _____ No: _____

IMPORTANT: ASTHMA INHALERS AND/OR ANTIHISTAMINES CANT BE DEPENDED ON IN ANAPHYLAXIS.

2. Call 911 or rescue squad (before calling contact)

Emergency Contact

#1: _____	home _____	work _____	cell _____
#2: _____	home _____	work _____	cell _____
#3: _____	home _____	work _____	cell _____

Primary Care Provider Signature: _____ **Date:** _____

Primary Care Provider Name Printed: _____ **Phone:** _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Phone:** _____

Rantoul Township High School
Plan de Acción de Emergencia para Alergias Severas (Anafilaxia) / PHI

Nombre de Estudiante: _____ Fecha: _____

Escuela: _____ Duración de Plan/Orden: _____ Grado: _____

Para brindarle a su hijo la atención adecuada, solicitamos que el padre / guardián y el proveedor médico completen este formulario y lo devuelvan a la enfermera de la escuela. Si hay algún cambio en esta información durante el año escolar, notifique a la enfermera de la escuela por escrito.

- **Alergia Severa:** _____
- **Síntomas** que el estudiante a experimentado en el pasado: **(Marque todas la que aplican)**

_____ Picazón e hinchazón de labios, lengua o boca
_____ Picazón y / o sensación de opresión en la garganta, ronquera y tos seca
_____ Urticaria/granos, erupción cutánea con picazón y / o hinchazón alrededor de la cara o extremidades
_____ Náuseas, calambres abdominales, vómitos y / o diarrea.
_____ Falta de aliento, tos repetitiva y / o sibilancias
_____ “Pulso filiforme”, “desmayo”
_____ Otro: _____

Pasos de Acción de Emergencia: NO DUDES EN DAR EPINEFRINA

1. Inyecte epinefrina en el muslo usando (marque una)

_____ Adrenaclick (0.15 mg)	_____ Adrenaclick (0.3 mg)
_____ Auvi-Q (0.15 mg)	_____ Auvi-Q (0.3 mg)
_____ EpiPen Jr (0.15 mg)	_____ EpiPen (0.3 mg)

Estudiante calificado para cargar su Epi-Pen? Si: _____ No: _____

Estudiante calificado para auto administrarse su Epi-Pen? Si: _____ No: _____

IMPORTANTE: LOS INHALADORES DE ASMA Y / O ANTIHISTAMINAS NO PUEDEN SER DEFENDIDOS DE LA ANAFILAXIA.

2. Llamar al 911 o equipo de rescate (antes de llamar contactar a)

Contactos de Emergencia

#1: _____	casa _____	trabajo _____	celular _____
#2: _____	casa _____	trabajo _____	celular _____
#3: _____	casa _____	trabajo _____	celular _____

Primary Care Provider Signature: _____ **Date:** _____

Primary Care Provider Name Printed: _____ **Phone:** _____

Firma de Padre/Guardián: _____ **Teléfono:** _____