

Scheda del paziente

Nome:

Indirizzo:

.....

.....

Num. tel.:

Data di nascita:

Contatto di emergenza n. 1:

Num. tel.:

Contatto di emergenza n. 2:

Num. tel.:

Questa persona soffre di **ALLERGIA ALLE ARACHIDI** e riceve **PALFORZIA**[®] (allergene dell'arachide[*Arachis hypogaea*]) per il trattamento dell'allergia alle arachidi. Gli effetti collaterali di questa immunoterapia (tra cui l'**ANAFILASSI***) possono essere da lievi a gravi e richiedere un trattamento d'emergenza con **ADRENALINA**, che tale persona deve sempre tenere a portata di mano.

Se sospetta che questa persona stia manifestando **ANAFILASSI***, somministri una dose di **ADRENALINA** seguendo le istruzioni della penna di adrenalina, e chiami **tempestivamente** i **SERVIZI D'EMERGENZA** al numero 144.

*Sintomi come ad es: difficoltà respiratorie, oppressione alla gola o sensazione di corpo estraneo nella gola, difficoltà a deglutire o a parlare, raucedine, forti crampi o dolore allo stomaco, vomito o diarrea.

Osservare le indicazioni del foglio illustrativo.

STG-CH-PALFORZIA-PATIENTENKARTE IT_V1_2024

Informazioni mediche del paziente:

Allergie:

.....

Altre malattie:

.....

Altri farmaci:

.....

Medico curante:

Num. tel.:

Porti sempre questa scheda con sé e confermi che le informazioni contenute siano sempre aggiornate. Qualora dovesse necessitare di un trattamento, mostri questa scheda al medico.