

## 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**<sup>®</sup> (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.**