

All 1

STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_

STRUTTURA ☐ COMPLESSA ☐ SEMPLICE DI \_\_\_\_\_

AMBULATORIO DI \_\_\_\_\_

ASSISTITO \_\_\_\_\_

TESSERA SANITARIA \_\_\_\_\_ A.S.L. RESIDENZA \_\_\_\_\_

ha avuto una reazione anafilattica o sistemica grave IgE mediata, con

☐ Alimento\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_☐ Alimento associato a sforzo fisico

\_\_\_\_\_

☐ Imenottero\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La natura IgE mediata delle reazioni anafilattiche o sistemiche gravi è stata confermata con i seguenti test:

<input type="checkbox"/> test cutanei alimenti	data esecuzione	_____
<input type="checkbox"/> IgE specifiche alimenti	data esecuzione	_____
<input type="checkbox"/> test cutanei imenotteri	data esecuzione	_____
<input type="checkbox"/> IgE specifiche imenotteri	data esecuzione	_____

La reazione anafilattica o sistemica grave

☐ è stata documentata in ospedale☐ è stata trattata con adrenalina☐ ha coinvolto due o più sistemi d'organo (cute/mucose, respiratorio, gastrointestinale, cardiovascolare)

Data

Timbro e firma del Medico Prescrittore