

# Behandlungsplan für das allergische Kind



Groupement des Pédiatres Immunologues / Allergologues Suisses  
Arbeitsgruppe Pädiatrische Immunologie / Allergologie Schweiz  
Gruppo dei Pediatri Immunologi / Allergologi Svizzeri

Datum : .....

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

## STRIKT ZU VERMEIDENDE LEBENSMITTEL

- Striktes Meiden aller Nussarten**  
(Baumnüsse, Haselnüsse, Mandeln, Cashewnüsse, Paranüsse, Macadamianüsse, Pecannüsse), dies bedeutet auch, wenn bezeichnet steht « kann Spuren von ...enthalten », sowie Nussöl. (*Kokosnuss und Muskatnuss sind erlaubt*)
- Striktes Meiden von Erdnüssen**  
Ebenfalls wenn bezeichnet steht « kann Spuren von...enthalten ». (*Erdnussöl und Pflanzenöle sind erlaubt*)
- striktes Meiden von anderen Nahrungsmittel**
- .....

## BEHANDLUNG IM FALLE EINER ALLERGISCHEN REAKTION

Reaktion	Symptome	Behandlung	Dosis
<b>Leichte generalisierte allergische Reaktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juckreiz</li> <li>• Hautausschlag</li> <li>• Schwellung im Gesicht oder der Lippen <sup>×</sup></li> <li>• Kribbeln im Mund</li> <li>• Bauchschmerzen <sup>×</sup></li> </ul>	<b>Antihistaminikum :</b> ..... ..... <b><sup>×</sup>+Cortison :</b> ..... .....	..... ..... Wiederholen, wenn nach 2Std. keine Besserung eintritt
<b>Starke generalisierte allergische Reaktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Husten</li> <li>• Mühe beim Schlucken, beim Sprechen, beim Atmen</li> <li>• Pfeifende Atemgeräusche</li> <li>• Asthmaanfall und /oder Atemnot</li> <li>• Blutdruckabfall</li> <li>• Bewusstlosigkeit, Kollaps</li> </ul>	<b>Injektion intramuskulär:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epipen<sup>®</sup> Jr/Jext<sup>®</sup> 0,15mg oder Epipen<sup>®</sup>/Jext<sup>®</sup> 0,3mg</li> <li>• Notruf 144</li> <li>• <i>liegende Position, Beine hoch, Kopf tief Im Fall von Bewusstlosigkeit: Seitenlagerung des Kindes</i></li> </ul>	1 Injektion Bei ungenügendem Ansprechen nach 5-10 Min. wiederholen

**Andere Behandlungen :** .....

**Bemerkungen :** .....

**Name des Arztes und Unterschrift:** .....