# Indywidualny plan postępowania w sytuacji nagłej

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
Plan postępowania w przypadku zaostrzenia objawów astmy / alergii:  
  
1. Objawy ostrzegawcze:  
 - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
2. Pierwsza pomoc:  
 - Podanie leku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 - Sposób podania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 - Ilość dawek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
3. Dalsze działania:  
 - Obserwacja dziecka przez \_\_\_\_\_\_ minut  
 - Wezwanie pomocy medycznej (numer 112) jeśli:  
 - objawy nie ustępują po \_\_\_\_ minutach  
 - występują nowe objawy (np. trudności w oddychaniu, utrata przytomności)  
  
4. Dane kontaktowe:  
 - Rodzic/opiekun: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 - Lekarz prowadzący: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_