# 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_