



FUNDACIÓN
CRECIENDO CON ALERGIAS, CHILE



PLAN DE ACCIÓN ANAFILAXIA

NOMBRE DEL PACIENTE

CONTACTO SOS

ALERGIA, ANAFILAXIA A:

DOSIS EPINEFRINA:

Este plan no reemplaza una receta médica.

SI PRESENTA LOS SIGUIENTES SINTOMAS:



NO RESPIRA BIEN



HINCHAZÓN: lengua, párpados, labios, cara



DESVANECIMIENTO: mareos, desmayo

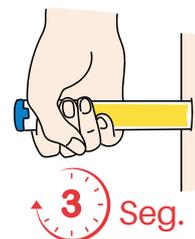
NÁUSEAS: y/o dolor abdominal intenso



RONCHAS y picazón generalizada

APLIQUE EL AUTOINYECTOR

- Sostenga el dispositivo con el puño cerrado
Retire el seguro **AZUL**,
- Aplique el extremo **NARANJO**
Firme contra el muslo, cara lateral, tercio superior
Debe escuchar un click
- **Mantenga presión, cuente lento hasta 3**
Suelte y haga masaje en la zona
- **Recueste al paciente sobre su espalda**,
piernas ligeramente elevadas.
Si respira con dificultad, puede estar sentado.
Si tiene vómitos, puede estar de lado
- Llame a 131 SAMU



ACUDA A URGENCIAS SIEMPRE

PODRÍA PRESENTAR UNA SEGUNDA REACCIÓN

Plan de Acción Anafilaxia 2025

Desarrollado por:



Revisado por



Más información sobre ANAFILAXIA en:

www.fcca.cl

Video 10 Seg:
Forma de aplicación



Atención:

Artículo 494 N°14 del Código Penal:
Constituye falta penal no prestar auxilio
a una persona que se encuentra en una
emergencia médica de riesgo vital.