**Cái này in dán ở nắp hộp thuốc cấp cứu phản vệ**

**Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Nội dung** | **Đơn vị** | **Số lượng** |
| 1 | Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X) | bản | 01 |
| 2 | Bơm kim tiêm vô khuẩn |  |  |
| - Loại 10ml | cái | 02 |
| - Loại 5ml | cái | 02 |
| - Loại 1ml | cái | 02 |
| - Kim tiêm 14-16G | cái | 02 |
| 3 | Bông tiệt trùng tẩm cồn | gói/hộp | 01 |
| 4 | Dây garo | cái | 02 |
| 5 | Adrenalin 1mg/1ml | ống | 05 |
| 6 | Methylprednisolon 40mg | lọ | 02 |
| 7 | Diphenhydramin 10mg | ống | 05 |
| 8 | Nước cất 10ml | ống | 03 |

**Cái này in cho các phoa phòng để cấp chbo nệnh nhân nếu có dị ứng**

**(Mặt trước)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bệnh viện …………….  Khoa/Trung tâm …………….…………….  **THẺ DỊ ỨNG**  Họ tên: …………….……………. Nam □  Nữ □  Tuổi …………….  Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân …………….……………. | | | |
| Dị nguyên/thuốc | Nghi ngờ | Chắc chắn | Biểu hiện lâm sàng |
| …………….……………. | □ | □ | ………………………… |
| …………….……………. | □ | □ | ………………………… |
| …………….……………. | □ | □ | ………………………… |
| …………….……………. | □ | □ | ………………………… |
| …………….……………. | □ | □ | ………………………… |
| Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký: ……………… | | ĐT ……………………………………… | |
| Họ và tên: ……………………………………… | | Ngày cấp thẻ……………………………………… | |

|  |
| --- |
| **(Mặt sau)**  **Ba điều cần nhớ**  ***1) Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:***  *Sau khi tiếp xúc với dị nguyên có một trong những triệu chứng sau đây*  • Miệng, họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.  • Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.  • Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.  • Hô hấp: khó thở, tức ngực, thở rít, ho.  • Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.  ***2) Luôn mang adrenalin theo người.***  ***3) Khi có dấu hiệu phản vệ:***  “Tiêm bắp adrenalin ngay lập tức”  “Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất” |