**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” |