

Allegato

Consenso informato all'uso del farmaco Fastjekt (adrenalina autoiniezzabile)

Il/la sottoscritto/a

C.F.

nato a

il

residente

in

via

appartenente al territorio della ASL \_\_\_\_\_

In caso di soggetto minorenni, nome e cognome di chi ne fa le veci

\_\_\_\_\_

dichiara :

di essere stato/a informato/a in modo comprensibile ed esauriente dal dr. :

su:

**le caratteristiche del farmaco Fastjekt** (adrenalina autoiniezzabile): iniettore preriempito monodose, contenente 0,16 mg o 0,33 mg di adrenalina, a seconda delle confezioni;

**le appropriate indicazioni alla somministrazione:** solo come trattamento d'emergenza di reazioni anafilattiche gravi, come primo intervento e mai sostitutivo del successivo inquadramento diagnostico e trattamento presso un centro medico o pronto soccorso;

**la consapevolezza dei sintomi che possono preannunciare un'anafilassi sistemica grave:** dopo il contatto con l'allergene, rapido (da qualche secondo a qualche minuto) insorgere di sintomi quali bruciore, calore e prurito sulla lingua, in gola, sui palmi della mano e/o sulle piante dei piedi;

**le corrette modalità d'esecuzione dell'autoinoculazione:** sdraiarsi, togliere il tappo grigio dall'iniettore e mettere l'estremità di plastica nera a contatto della coscia, sulla superficie anterolaterale; premere con forza sulla pelle fino a che si sente lo scatto dell'ago che penetra nella cute e mantenere tale pressione per almeno 10 secondi; allontanare l'iniettore dalla coscia e massaggiare il punto di iniezione per almeno 10 secondi; .

**l'opportunità di raggiungere immediatamente un Pronto Soccorso dopo l'autoinoculazione dell'adrenalina:** appena conclusa l'inoculazione, recarsi da un medico o presso un pronto soccorso portando con se /l'iniettore .di adrenalina. utilizzato e, se possibile, il libretto con la diagnosi ed i dati per la dispensazione gratuita del. Fastjekt; .

**le controindicazioni all'uso del farmaco:** intolleranza al sodio metabisolfito; ipertensione arteriosa; tireotossicosi; feocromocitoma; tachicardia parossistica; tachiaritmie; malattie coronariche e cardiache; alterazioni strutturali dei vasi; cuore polmonare; gravi disturbi renali; glaucoma ad angolo stretto; adenoma prostatico; diabete mellito scompensato; ipercalcemia; ipopotassemia; assunzione concomitante di farmaci betabloccanti o simpaticomimetici. " .

**le modalità più opportune di conservazione del farmaco:** a temperatura ambiente, al riparo dalla luce, controllando periodicamente che la soluzione si sia mantenuta incolore e senza alcun precipitato; "

**i possibili effetti collaterali e secondari dell'adrenalina:** palpitazioni, sudorazione, nausea, vomito, difficoltà respiratoria, pallore, vertigini, tremore, cefalea, stato ansioso, disturbi del ritmo cardiaco, iperglicemia (tali sintomi, in genere, si attenuano spontaneamente senza ricorrere ad interventi terapeutici). In casi molto rari, quando vi sia un iperdosaggio, in persone particolarmente sensibili o inseguito ad una erronea applicazione endovenosa, possono verificarsi emorragie cerebrali, aritmie ventricolari e talvolta insufficienza renale.

Firma del soggetto o, se minorenni, di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

Centro Allergologico di Riferimento \_\_\_\_\_

data

firma del paziente



REGIONE CAMPANIA - Settore Farmaceutico N° PROGRESSIVO.....  
**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE E LA DISPENSAZIONE DEL FARMACO**  
**FASTJEKT - ADRENALINA AUTOINIETTABILE**  
 SERVIZIO SANITARIO REGIONE CAMPANIA  
 AZIENDA.....

Il/la sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
 in servizio presso la seguente struttura dichiara che:  
 il paziente \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
 nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
 N° nosografico o n° di prenotazione ambulatoriale \_\_\_\_\_

**Affetto da allergia a rischio di shock anafilattico**

Per il trattamento della sua patologia è necessaria la fornitura gratuita del Fastajekt da assumere nel seguente dosaggio \_\_\_\_\_

Si dichiara altresì che ho adeguatamente informato il medico curante ed istruito il paziente sulle modalità di somministrazione e su possibili effetti collaterali. Dichiara inoltre di aver acquisito agli atti della Unità operativa il consenso informato del paziente.

Il medico prescrittore  
 Data timbro firma leggibile

**CONSEGNA FARMACO \***

Data	Specialità medicinale	Quantità consegnat a	Firma per ricevuta	N.DOC. Identità	Firma e timbro farmacista

\* da parte dei Servizi farmaceutici dell'ASL di provenienza del paziente