



CHECKLIST alla prescrizione di Fastjekt®

Nome / Cognome

Data di nascita

Data

1

Il paziente risulta a rischio di reazione anafilattica o ha una storia di reazioni anafilattiche pregresse?

☒ **SI**

2

Il paziente sa in quali situazioni è necessario somministrare adrenalina?

☒ **SI**, e utilizza già Fastjekt® ☒ **SI**, ma non utilizza Fastjekt® ☐ **NO**

► Andare al **PUNTO 3**

► Andare al **PUNTO 2**

► Andare al **PUNTO 1**

PUNTO 1: Ha spiegato al paziente come comportarsi in caso di contatto con l'allergene e quando va somministrata l'adrenalina?

☒ **SI**

► Andare al **PUNTO 2**

PUNTO 2: Ha presentato Fastjekt® e mostrato scrupolosamente una ad una le fasi di utilizzo di Fastjekt® con l'ausilio dell'autoiniettore di prova di Fastjekt® e del video dimostrativo? (vedere sul retro per maggiori informazioni)

☒ **SI**

► Andare al **PUNTO 3**

PUNTO 3: Ha chiesto al paziente di mostrare come utilizza Fastjekt® mediante l'ausilio dell'autoiniettore di prova Fastjekt®?

☒ **SI**

3

Ha raccomandato al paziente di eseguire con regolarità le simulazioni e di insegnare a tutti i familiari e conoscenti più prossimi l'utilizzo dell'autoiniettore?

☒ **SI**

4

Ha raccomandato al paziente di portare sempre con sé 2 autoiniettori Fastjekt® per l'eventualità in cui i sintomi non migliorino e sia necessaria una seconda iniezione?

☒ **SI**

5

Ha consigliato al paziente di impostare un promemoria sulla data di scadenza di Fastjekt® in modo tale da sostituire il farmaco in tempo?

☒ **SI**