

**Je refuse un aliment inconnu  
ou interdit en toute circonstance**

**En cas de doute je fais appel  
à un adulte référent**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Tel : .....



**Éducation thérapeutique**  
Plan d'action :  
Allergie alimentaire  
de l'enfant

**Objectifs de sécurité  
pour mes allergies alimentaire**

- Je respecte les évictions
- Je reconnais les signes de la réaction allergique et leur gravité
- Je sais quand et comment utiliser les médicaments de ma trousse d'urgences
- Je sais manipuler mon stylo d'adrénaline

Appartient à : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médecin spécialiste : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Je respecte les évictions

- Les allergènes à déclaration obligatoire :

Les 14 allergènes listés par le règlement n° 1169/2011



- Mes allergènes hors liste

-

-

Je suis capable de me renseigner ou de faire appel à un adulte référent pour savoir ce que je mange

- Lire une étiquette



- Demander la composition d'un aliment

- Consulter mon menu sur un site de restauration collective

## Je sais quand avoir recours à l'injection d'adrénaline

Je fais de l'asthme, je respire mal, je siffle, je tousse

Ma voix change, j'ai du mal à parler

Je me sens mal ou bizarre, je fais un malaise

UN SEUL DE CES SIGNES

=  
ADRENALINE

Atteinte cutanée (urticaire et/ou œdème)

Atteinte digestive (vomissements et/ou douleurs abdominales)

Atteinte ORL/OPH (rhinite et/ou conjonctivite)

DEUX ORGANES ATTEINTS OU PLUS

=  
ADRENALINE