

CHECK LIST PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOTERAPIA

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Nombre Inmunoterapia:	Médico Prescriptor
Alérgenos:	
Vía <input type="checkbox"/> Subcutánea <input type="checkbox"/> Sublingual Pauta <input type="checkbox"/> Convencional <input type="checkbox"/> Agrupada <input type="checkbox"/> Rush	
Fase <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Mantenimiento Periodo <input type="checkbox"/> Prest/estac <input type="checkbox"/> Perenne	

COMPROBAR ANTES DE ADMINISTRAR	SÍ	NO
PACIENTE - CONTRAINDICACIONES		
Síntomas actuales de tos, sibilantes o rinitis		
Toma actualmente medicación de rescate para el asma		
Enfermedad infecciosa actual		
Vacuna triple vírica o varicela en los últimos 10 días		
Si realizada <input type="checkbox"/> Espirometría <input type="checkbox"/> PEF <input type="checkbox"/> Auscultación. Resultado anómalo:		
INMUNOTERAPIA		
Coincidencia del nombre del paciente con identificación en la vacuna		
El nº de vial y dosis es correcto según pauta		
El intervalo entre dosis correcto		
Caducidad correcta		
REACCIÓN ADVERSA CON LA ÚLTIMA DOSIS		
<input type="checkbox"/> NO REACCIÓN <input type="checkbox"/> LOCAL Brazo: Tº Latencia: Tamaño: Duración: <input type="checkbox"/> SISTÉMICA Tº Latencia: Grado: Lote Vial:		
CLÍNICA:		
ACTITUD: <input type="checkbox"/> Administrar dosis <input type="checkbox"/> Modificar dosis <input type="checkbox"/> Suspender dosis Motivo:		

ADMINISTRACIÓN de la INMUNOTERAPIA			Fecha:
Vial:	Dosis:	Brazo:	Hora:
Vial:	Dosis:	Brazo:	Hora:
REACCIÓN ADVERSA CON LA DOSIS ACTUAL			
<input type="checkbox"/> NO REACCIÓN <input type="checkbox"/> LOCAL Brazo: <input type="checkbox"/> SISTÉMICA Grado: Lote Vial:			
CLÍNICA (hora):			
TRATAMIENTO (hora):			

ENFERMERA:	FIRMA
-------------------	--------------