GHID DE PRACTICĂ

Alergiile și intoleranțele alimentare în mediul școlar

Pentru medicul școlar și asistentul medical din unitățile de învățământ preuniversitar

- ✓ Recunoașterea anafilaxiei
- ✓ Conduita în urgență
- ✓ Planul individual de acțiune
- ✓ Prevenție și instruirea personalului
- ✓ Fișele A, B și C

Ediția septembrie 2026

SCHOOL OF HEALTH
Created by Wello

1 Scopul ghidului și locul medicului școlar în gestionarea alergiilor

Alergia alimentară afectează până la 10% dintre copiii de vârstă școlară, iar anafilaxia survine, potrivit estimărilor Academiei Americane de Pediatrie, în aproximativ una din cincisprezece școli în fiecare an (Sicherer et al., 2025). Într-o unitate cu 600 de elevi, cabinetul medical are în evidență, în medie, între 30 și 60 de copii cu alergie alimentară diagnosticată, dintre care aproximativ doi din cinci vor prezenta o reacție la școală sau la o activitate școlară în decurs de doi ani (FARE, 2024). Cifrele acestea descriu o realitate clinică pe care medicul școlar o gestionează cu resurse limitate, adesea în absența sa fizică din locul reacției, prin intermediul cadrelor didactice pe care le instruiește și al planurilor pe care le redactează.

Ghidul de față organizează cunoștințele necesare medicului școlar în această activitate, pornind de la fiziopatologia care separă alergia de intoleranță, trecând prin criteriile actuale de recunoaștere a anafilaxiei și prin conduita de urgență, și ajungând la instrumentele administrative care fac posibilă prevenția: planul individual de acțiune, instruirea personalului, regulile pentru cantină și pentru activitățile extrașcolare, comunicarea cu familia în limitele confidențialității datelor medicale. Fiecare afirmație clinică este însoțită de sursa și de anul publicării, pentru ca cititorul să poată verifica direct recomandarea, iar acolo unde literatura tace sau unde reglementarea românească rămâne neclară, textul spune acest lucru în mod explicit.

Sursele principale sunt ghidul Academiei Europene de Alergologie și Imunologie Clinică pentru managementul alergiei alimentare IgE-mediate (Santos et al., 2025), consensul internațional GA²LEN privind definiția și criteriile anafilaxiei (Dribin et al., 2025), parametrul de practică al societăților americane de alergologie (Golden et al., 2024), raportul clinic al Academiei Americane de Pediatrie dedicat școlilor (Sicherer et al., 2025), recomandările Food Allergy Management in Schools (FARE, 2024), consensul european GA²LEN/EFA pentru mediul școlar (Deschildre et al., 2024) și analiza Registrului European de Anafilaxie asupra reacțiilor survenite în grădinițe și școli (Pouessel et al., 2026). Capitolele 4, 5 și 6 pot fi extrase și tipărite separat, întrucât conțin materialul de care au nevoie cadrele didactice în momentul unei reacții, iar fișele din capitolele 6, 9 și 10 sunt concepute pentru multiplicare.

2 Bazele clinice: alergie, intoleranță și entitățile intermediare

Alergia alimentară IgE-mediată apare atunci când sistemul imunitar produce anticorpi de tip IgE împotriva unei proteine alimentare, iar la contactul următor cu aceeași proteină anticorpii fixați pe mastocite declanșează eliberarea de histamină și de alți mediatori, ceea ce explică rapiditatea reacției, de obicei în minute și rareori după mai mult de două ore, precum și caracterul ei multisistemic, cu afectare simultană a pielii, a căilor respiratorii, a circulației și a tubului digestiv (Santos et al., 2025). Cantitatea de alergen necesară pentru declanșarea reacției este mică, la unii copii de ordinul miligramelor de proteină, motiv pentru care contaminarea încrucișată în bucătărie sau contactul cu un aliment lăsat pe o masă necurățată au relevanță clinică reală.

Intoleranța alimentară se produce în absența oricărui mecanism imunitar, prin deficitul unei enzime sau printr-o tulburare metabolică, așa cum se întâmplă în intoleranța la lactoză, unde lipsa lactazei lasă zahărul din lapte nedigerat în intestin, cu balonare, crampe și diaree care apar la ore după masă, depind direct de cantitatea ingerată și evoluează întotdeauna spre remisiune fără tratament de urgență (FARE, 2024). Distincția are consecințe directe asupra activității cabinetului, deoarece copilul cu alergie la lapte are nevoie de un autoinjector cu adrenalină accesibil în orice moment al programului, în timp ce copilul cu intoleranță la lactoză are nevoie de un meniu adaptat și de nimic altceva.

Două entități intermediare ridică probleme frecvente de încadrare. Boala celiacă este o afecțiune autoimună în care glutenul produce leziuni ale mucoasei intestinale în timp, fără reacție acută, astfel încât copilul celiac urmează o dietă strictă la fiecare masă, inclusiv în excursie, dar rămâne în afara indicației de adrenalină. Alergiile non-IgE-mediate, dintre care sindromul de enterocolită indusă de proteine alimentare (FPIES) este cel mai relevant pentru școală, se manifestă prin vărsături repetate, paloare și letargie la aproximativ două ore după ingestie, uneori cu hipotensiune prin deshidratare, iar tratamentul lor constă în rehidratare, de regulă intravenoasă, în serviciul de urgență, adrenalina fiind lipsită de efect (Sicherer et al., 2025).

	Alergie IgE-mediată	Intoleranță (ex. lactoză)	Boala celiacă / alergie non-IgE (FPIES)
Mecanism	Imunitar, mediat de IgE și mastocite	Enzimatic sau metabolic	Autoimun (celiacă); imun non-IgE, celular (FPIES)
Latența după ingestie	Minute, până la 2 ore	Ore	Ore (FPIES: circa 2 ore); zile sau săptămâni (celiacă)
Relația cu doza	Slabă; urme pot declanșa reacția	Direct proporțională	Urme contează pe termen lung (celiacă)
Risc de anafilaxie	Da	Absent	Absent; FPIES poate produce șoc hipovolemic
Tratament de urgență la școală	Adrenalină intramusculară; salbutamol la astmatici	Simptomatic, la domiciliu	Transport la spital la vărsături repetate (FPIES)
Documente necesare la cabinet	Scrisoare medicală, plan individual, autoinjector în termen	Recomandare dietetică	Recomandare dietetică; plan individual pentru FPIES

Diagnosticul alergiei alimentare aparține alergologului sau pediatrului și se sprijină pe un istoric clinic compatibil, confirmat prin teste cutanate sau prin dozarea IgE specifice și, în cazurile neconcludente, prin test de provocare orală sub supraveghere, întrucât un test pozitiv izolat semnalează doar sensibilizare, iar valoarea lui prezice slab severitatea unei reacții viitoare (Santos et al., 2025; Sicherer et al., 2025). Pentru cabinetul școlar, această regulă se traduce într-o

procedură simplă: planul individual din capitolul 6 se întocmește pe baza unei scrisori medicale de specialitate, iar o alergie declarată verbal de familie se consemnează, se tratează cu prudență până la clarificare și se însoțește de îndrumarea părintelui către un consult de specialitate.

3 Alergenii cu relevanță în mediul școlar

Nouă alimente produc marea majoritate a reacțiilor severe la copii: laptele de vacă, oul de găină, arahidele, fructele cu coajă lemnoasă (îndeosebi caju, nuca, alunele de pădure și fisticul), grâul, soia, peștele, crustaceele și susanul (Sicherer et al., 2025). Ponderea lor se modifică odată cu vârsta, deoarece alergia la ou se remite spontan la 50 până la 60% dintre copii până la vârsta școlară, în timp ce alergia la arahide persistă la 70 până la 80% dintre ei, astfel încât în ciclul gimnazial și liceal arahidele și fructele cu coajă lemnoasă devin alergenii dominanți (Santos et al., 2025). În Registrul European de Anafilaxie, arahida a fost cauza cea mai frecventă a reacțiilor petrecute în grădinițe și școli (Pouessel et al., 2026).

Regulamentul (UE) nr. 1169/2011 impune declararea a paisprezece alergeni pe eticheta alimentelor preambalate și, prin dispozițiile naționale de aplicare, pe listele alimentelor servite în colectivități: cereale cu gluten, crustacee, ouă, pește, arahide, soia, lapte, fructe cu coajă lemnoasă, țelină, muștar, susan, dioxid de sulf și sulfiți, lupin și moluște. Această listă constituie referința pe care medicul școlar o solicită cantinei la marcarea meniului și pe care părinții o vor căuta.

Alergenii nealimentari cer măsuri distincte, deoarece evitarea lor se realizează prin organizarea activităților, iar nu prin meniu. Veninul de himenoptere reprezintă a doua cauză de anafilaxie la copil după alimente, cu 19% dintre cazurile din registrul european, și devine mai frecvent după vârsta de 10 ani, ceea ce înseamnă că elevul cu alergie la venin are nevoie de autoinjector accesibil la orele de educație fizică desfășurate în aer liber și în excursii (Grabenhenrich et al., 2016). Latexul din mănușile de examinare și din baloanele folosite la serbări produce reacții la copiii sensibilizați prin intervenții chirurgicale repetate, iar înlocuirea mănușilor cu cele din nitril elimină riscul din cabinet. Polenul și acarienii produc rinită și astm, fără anafilaxie, însă astmul insuficient controlat crește riscul de reacție alimentară severă, motiv pentru care planul individual conține o rubrică dedicată controlului astmului (Muraro et al., 2022).

O categorie aparte o formează alergenii ascunși în materialele didactice, pe care nimeni nu îi caută până la prima reacție: plastilina preparată în clasă conține făină de grâu, unele vopsele de degete conțin proteine din lapte, unele creioane cerate conțin soia, hrana animalelor de companie din clasă conține semințe și uneori arahide, iar creta poate conține cazeină, a cărei pulbere se inhalează (Deschildre et al., 2024; FARE, 2024). Experimentele cu ouă de la orele de științe, simularea îngrijirii unui sugar cu un sac de făină la educație pentru sănătate sau colajele cu paste și coji de ou de la orele de arte au produs reacții documentate, iar înlocuirea materialului cu unul verificat rezolvă problema fără a exclude copilul din activitate.

4 Recunoașterea reacției alergice și evaluarea severității

Consensul internațional publicat în 2025 sub coordonarea GA²LEN, cu participarea a 46 de experți și a 31 de organizații medicale, definește anafilaxia drept o reacție alergică gravă, cu potențial de evoluție rapidă și de deces, și înlocuiește criteriile NIAID/FAAN din 2006 printr-un instrument clinic cu trei situații (Dribin et al., 2025). Anafilaxia este probabilă atunci când, în absența unei expuneri cunoscute, apar brusc semne cutaneo-mucoase împreună cu semne respiratorii sau cardiovasculare; atunci când, după o expunere probabilă sau cunoscută, apar brusc două sau mai multe dintre afectarea cutaneo-mucoasă, respiratorie, cardiovasculară ori gastrointestinală severă; sau atunci când, după o expunere cunoscută la un alergen neinhalat, apar brusc semne respiratorii ori cardiovasculare izolate. Semnele cutanate lipsesc într-o proporție însemnată a cazurilor severe, iar așteptarea lor întârzie tratamentul.

La copilul mic, manifestările sunt discrete și cer o observație atentă din partea adultului: copilul își duce mâinile la gură, își freacă limba, descrie mâncarea ca fiind „iute" sau limba ca fiind „fierbinte", își schimbă vocea sau începe să vorbească neclar, iar la copiii cu piele închisă la culoare urticaria apare ca papule în relief de culoarea pielii, fără eritemul vizibil pe pielea deschisă (Sicherer et al., 2025; FARE, 2024). Vărsăturile și tusea predomină în prima decadă de viață, în timp ce senzația de constricție faringiană, greața și amețeala sunt raportate mai frecvent de adolescenți (Grabenhenrich et al., 2016).

Schema de mai jos traduce aceste criterii într-o formă utilizabilă de personalul nemedical și se afișează în cancelarie, la cantină și în cabinet. Regula ei de citire este unică: prezența oricărui semn din rândul roșu, sau a semnelor din două rânduri diferite după contactul cu un alergen cunoscut, impune administrarea adrenalinei.

Nivel	Manifestări	Conduită
VERDE reacție ușoară, localizată	Prurit sau câteva papule în jurul gurii ori pe mâini; eritem local; rinoree, strănut; greață discretă	Spălarea zonei cu apă și săpun; supraveghere continuă 30 de minute; anunțarea cabinetului și a familiei; antihistaminic oral dacă planul individual îl prevede
GALBEN reacție moderată, generalizată	Urticarie pe mai multe regiuni; edem al buzelor sau al pleoapelor, cu limba de aspect normal; vărsătură unică; dureri abdominale; copil agitat, care spune că „se simte ciudat”	Autoinjectorul se aduce lângă copil; se cheamă un al doilea adult; se anunță cabinetul; apariția oricărui semn din rândul roșu, sau asocierea a două tipuri de semne la un copil cu alergen cunoscut, impune trecerea la conduita din rândul roșu
ROȘU reacție severă (anafilaxie)	**Wheezing, tuse persistentă, disfonie, senzație de nod în gât, disfagie; edem al limbii; paloare, cianoză a buzelor, amețeală, sincopă, hipotonie; confuzie sau somnolență instalate brusc; vărsături repetate ori diaree cu crampe severe după un alergen cunoscut**	**ADRENALINĂ IMEDIAT, intramuscular, în fața laterală a coapsei, prin haine; apoi apel la 112; apoi anunțarea familiei; poziție culcată (sau șezândă la dispnee), cu interdicția ridicării în picioare; a doua doză după 5 minute în lipsa ameliorării**

Severitatea reacțiilor din școli o egalează pe cea a reacțiilor din alte locuri: dintre cele 332 de anafilaxii alimentare petrecute în grădinițe și școli și înregistrate în registrul european între 2008 și 2023, 63% au fost de gradul 2 și 36% de gradul 3 pe scala Ring, iar un caz a fost fatal (Pouessel et al., 2026). În seriile de decese prin anafilaxie alimentară, intervalul median între ingestie și stopul cardiorespirator a fost de 30 de minute, față de 15 minute pentru veninul de insecte și 5 minute pentru medicamente (Golden et al., 2024), ceea ce lasă timp pentru o injecție și un apel, cu condiția ca decizia să fie luată la primele semne.

5 Conduita în urgență

Adrenalina administrată intramuscular constituie singurul tratament capabil să oprească evoluția anafilaxiei, deoarece acționează simultan asupra bronhoconstricției, asupra edemului laringian și asupra vasodilatației responsabile de hipotensiune, în timp ce antihistaminicele ameliorează doar pruritul și urticaria, iar bronhodilatatoarele inhalatorii ajută doar componenta respiratorie (Golden et al., 2024; Sicherer et al., 2025). Administrarea ei în suspiciunea de anafilaxie este lipsită de contraindicații, iar efectele adverse obișnuite, tremorul, tahicardia și paloarea, sunt tranzitorii. Cu toate acestea, în registrul european doar 5,9% dintre copiii cu anafilaxie alimentară survenită la școală au primit adrenalină la fața locului, antihistaminicele și corticosteroizii fiind administrate mult mai frecvent, iar întârzierea adrenalinei s-a asociat în literatură cu un risc crescut de reacție bifazică și de spitalizare (Pouessel et al., 2026; Golden et al., 2024). Protocolul de mai jos este

redactat pentru a inversa această proporție și se aplică de către primul adult ajuns lângă copil, indiferent de funcția lui.

1. **Recunoașterea.** Prezența oricărui semn din rândul roșu al schemei, sau a două tipuri de semne după un alergen cunoscut, stabilește indicația de adrenalină, iar în situațiile de incertitudine consensul din 2025 permite administrarea înainte ca toate criteriile să fie întrunite (Dribin et al., 2025).

2. **Administrarea adrenalinei.** Adultul ia autoinjectorul copilului sau, în lipsa lui, dispozitivul de rezervă al școlii, îndepărtează capacul de siguranță, aplică ferm capătul activ pe fața laterală a coapsei, la jumătatea distanței dintre șold și genunchi, prin haine, și menține presiunea timp de 3 secunde sau conform instrucțiunii producătorului. Doza este stabilită de medicul prescriptor în funcție de greutate, 0,15 mg între 13 și 25 kg și 0,3 mg de la 25 kg în sus, cu opțiunea de 0,5 mg peste 50 kg (Dribin et al., 2025). Ora administrării se notează imediat.

3. **Poziționarea.** Copilul palid sau amețit stă culcat pe spate cu membrele inferioare ridicate, copilul cu dispnee stă în poziție șezândă, iar copilul care vomită sau este inconștient se așază în decubit lateral; ridicarea bruscă în ortostatism este interzisă, întrucât au fost descrise decese prin sindrom de ventricul gol la pacienți ridicați în picioare în timpul anafilaxiei cu hipotensiune (Sicherer et al., 2025).

4. **Apelul la 112.** Apelantul comunică vârsta copilului, termenul „anafilaxie”, ora administrării adrenalinei și adresa exactă a unității, iar un alt adult așteaptă ambulanța la poartă și o conduce la locul reacției.

5. **A doua doză.** Persistența sau agravarea semnelor după 5 minute justifică a doua doză, în cealaltă coapsă, iar ghidurile permit repetarea la intervale de 5 până la 15 minute (Dribin et al., 2025). Aproximativ unul din zece copii are nevoie de a doua doză, ceea ce explică cerința de a avea două dispozitive la școală (Golden et al., 2024).

6. **Anunțarea familiei.** Al doilea adult sună părintele după pașii 2 și 4 și îi comunică medicația administrată, ora ei și spitalul indicat de dispecerat.

7. **Transportul la spital.** Orice copil care a primit adrenalină este transportat la spital cu ambulanța, inclusiv atunci când simptomele s-au remis, deoarece reacția bifazică, adică reapariția manifestărilor după o perioadă de ameliorare, survine la aproximativ 6,5% dintre cazuri, cu risc mai mare după reacții severe și după administrare întârziată (Golden et al., 2024). Dispozitivul folosit se predă echipajului, cu ora notată pe el.

8. **Consemnarea și analiza.** Medicul școlar completează în aceeași zi fișa C din capitolul 10, transmite o copie familiei și medicului curant, analizează împreună cu personalul implicat desfășurarea intervenției și dispune înlocuirea dispozitivului folosit, așa cum recomandă raportul Academiei Americane de Pediatrie pentru fiecare eveniment, indiferent de deznodământ (Sicherer et al., 2025).

Situații particulare

Ingestia certă a alergenului la un copil încă asimptomatic impune supraveghere continuă timp de două ore, cu autoinjectorul lângă copil, întrucât administrarea preventivă de adrenalină este lipsită de beneficiu dovedit (Waserman et al., 2021), cu excepția cazurilor în care planul individual conține o indicație scrisă în acest sens din partea alergologului. Un autoinjector expirat păstrează în general o parte din potență și rămâne preferabil absenței oricărui tratament atunci când un dispozitiv în termen lipsește (Sicherer et al., 2025).

Aproximativ un copil din patru cu reacție severă la școală se află la prima manifestare, fără diagnostic anterior și fără dispozitiv personal (FARE, 2024; Sicherer et al., 2025). Consensul european și ghidurile nord-americane recomandă pentru aceste situații ca școala să dețină autoinjectoare neasignate, prescrise pe numele unității, cu doza de 0,3 mg și, în ciclul primar, cu doza de 0,15 mg (Deschildre et al., 2024; Waserman et al., 2021). Reglementarea românească a stocului neasignat rămâne, la data acestui text, neclarificată; până la o precizare din partea Direcției de Sănătate Publică, prescripția poate fi asumată de medicul școlar cu acordul conducerii, iar procedura se consemnează în procedura internă a unității. Utilizarea în urgență a dispozitivului prescris altui elev a fost practicată acolo unde stocul lipsea, cu incertitudini juridice pe care o organizare corectă le previne (Sicherer et al., 2025).

6 Planul individual de acțiune

Existența unui plan scris crește probabilitatea ca adrenalina să fie administrată în timpul reacției: într-o cohortă de copii sub trei ani, 89% dintre cei cu plan au primit adrenalină, față de 50% dintre cei fără plan (AAFA, 2026). Proporția școlilor care dețin efectiv planurile elevilor cu alergie variază în studii între 6% și 90%, iar liceele, unde riscul de deces prin anafilaxie este cel mai ridicat, se situează cel mai des în partea inferioară a intervalului (Deschildre et al., 2024).

Fișa A se completează la înscriere și la începutul fiecărui an școlar, de către medicul școlar împreună cu părintele, pe baza scrisorii medicale de specialitate care se anexează, și se revizuiește la orice modificare a diagnosticului, a medicației sau a greutății care traversează pragul de 25 kg. Se întocmesc trei exemplare, pentru cabinet, pentru învățător sau diriginte și pentru trusa de urgență a clasei, iar un al patrulea exemplar, lipsit de datele de contact, se afișează în cancelarie numai cu acordul scris al familiei, în condițiile descrise în capitolul 9. Rubrica privind autoadministrarea reflectă așteptările alergologilor pediatri, potrivit cărora copilul recunoaște simptomele și demonstrează utilizarea autoinjectorului pe un dispozitiv de antrenament între 9 și 11 ani și își poartă singur medicația între 12 și 14 ani, cu precizarea că un adult instruit păstrează în orice caz responsabilitatea administrării, întrucât adolescentul aflat în reacție poate fi prea speriat pentru a acționa singur (Sicherer et al., 2025).

Fișa A. Plan individual de acțiune în alergie

Elevul	Nume: _____ Clasa: _____ Data nașterii: _____ Greutate: _____ kg (data: _____)

Alergen(i) confirmat(i)	☐ lapte ☐ ou ☐ arahide ☐ fructe cu coajă lemnoasă (care): _____ ☐ grâu ☐ soia ☐ pește ☐ crustacee ☐ susan ☐ venin de himenoptere ☐ latex ☐ altul: _____
Tipul reacției	☐ IgE-mediată (risc de anafilaxie) ☐ non-IgE / FPIES (transport la spital la vărsături repetate) ☐ boală celiacă ☐ intoleranță
Astm	☐ absent ☐ prezent, controlat ☐ prezent, insuficient controlat (risc crescut). Inhalator la școală: ☐ da, locația: _____
Reacții anterioare	Data ultimei reacții severe: _____ Descrierea ei, inclusiv cu cuvintele copilului: _____
Manifestările proprii acestui copil	Semnele observate de familie la reacțiile anterioare: _____
Medicație de urgență	Adrenalină autoinjectabilă: ☐ da, doza: ☐ 0,15 mg ☐ 0,3 mg, marca: _____, număr de dispozitive la școală: ___, expiră la: _____ Locația: _____ Antihistaminic (reacții ușoare/moderate): _____ Salbutamol: _____
Indicații speciale ale alergologului	☐ Adrenalină la orice simptom după contact cert ☐ Adrenalină la ingestie certă fără simptome ☐ Altele: _____
Autoadministrare	Recunoaște simptomele: ☐ da ☐ nu. Demonstrează utilizarea pe trainer: ☐ da ☐ nu. Poartă dispozitivul asupra sa: ☐ da ☐ nu. Adultul responsabil de administrare: _____
Adaptări ale activităților	Cantină: _____ Ateliere/experimente: _____ Excursii: _____ Educație fizică în aer liber: _____
Contacte de urgență	Părinte 1: _____ tel: _____ Părinte 2: _____ tel: _____ Alt adult autorizat: _____ tel: _____ Medic curant: _____ tel: _____
Semnături	Părinte: _____ data: _____ Medic școlar: _____ Diriginte: _____ Scrisoare medicală anexată: ☐

7 Prevenirea expunerii la alergeni

Aproape un sfert dintre reacțiile survenite în școli s-au petrecut în timpul serbărilor și al petrecerilor de clasă, adică în momentele în care rutina și procedurile cantinei sunt suspendate (Sicherer et al., 2025). Scenariul tipic implică un aliment preparat acasă și adus pentru întreaga clasă, fără listă de ingrediente, iar măsura de prevenție cea mai eficientă constă în regula, comunicată tuturor părinților la începutul anului, potrivit căreia orice aliment destinat mai multor copii intră în școală fie în ambalajul original, fie însoțit de lista scrisă a ingredientelor, alimentele fără listă rămânând neîmpărțite. Ghidurile recente susțin în plus înlocuirea recompenselor și a sărbătorilor bazate pe

mâncare cu alternative fără alimente, iar acolo unde mâncarea rămâne parte a evenimentului, familia copilului alergic poate lăsa la clasă o rezervă de gustări sigure, ambalate, cu termen lung (FARE, 2024).

Cantina și blocul alimentar

- Meniul săptămânal se publică în avans cu cei paisprezece alergeni marcați la fiecare fel, iar orice substituire de furnizor sau de rețetă se comunică în aceeași zi familiilor copiilor alergici (FARE, 2024).
- Etichetele produselor folosite se păstrează timp de 24 de ore după servire, în dosar sau fotografiate, pentru identificarea alergenului în cazul unei reacții cu debut întârziat.
- Porția copilului alergic se pregătește prima, cu ustensile spălate, se acoperă și se etichetează nominal, iar cleștii, lingurile și tăvile pentru felurile cu alergen rămân separate de cele pentru felurile fără alergen.
- Un membru al personalului instruit în citirea etichetelor asistă copiii din ciclul primar la alegerea felurilor, iar mențiunile de tip „poate conține urme de” se tratează ca prezență a alergenului pentru copiii cu antecedente de reacție severă (Sicherer et al., 2025).

Igiena mâinilor și a suprafețelor

Apa cu săpun și șervețelele umede îndepărtează proteinele alergenice de pe mâini, în timp ce gelul dezinfectant pe bază de alcool le lasă pe loc, iar suprafețele se curăță eficient cu apă, săpun și un prosop de unică folosință, soluțiile dezinfectante și clorul fiind lipsite de efect asupra alergenilor (FARE, 2024; Sicherer et al., 2025). Copiii cu vârste între 2 și 5 ani duc mâna la gură de până la 40 de ori pe oră, ceea ce transformă spălarea mâinilor înainte și după masă, la grupa mare și la clasa pregătitoare, într-o măsură de profilaxie a expunerii (Sicherer et al., 2025).

Restricțiile la nivel de unitate

Interzicerea unui aliment în întreaga școală și separarea copiilor alergici la o masă proprie au fost evaluate în literatură cu rezultate care descurajează ambele practici: școlile cu interdicție de arahide înregistrează aceeași frecvență a reacțiilor ca școlile fără interdicție, alimentul interzis continuă să fie găsit în clădire, iar părinții dobândesc o siguranță falsă, în timp ce masa separată produce izolare și expune copilul la hărțuire (Waserman et al., 2021; FARE, 2024; Deschildre et al., 2024). Recomandăm ca restricțiile să rămână limitate la grupele de grădiniță, la clasa pregătitoare și la elevii cu dizabilități care își gestionează cu dificultate expunerea, sub forma unei zone de masă supravegheate sau a unei restricții la nivel de sală, decisă individual și consemnată în fișa A.

Excursii, competiții și activități în afara școlii

Autoinjectorul însoțește copilul în geanta adultului instruit, împreună cu o copie a fișei A, cu numerele de contact ale familiei și cu adresa celui mai apropiat spital de pe traseu, iar consumul de alimente în mijlocul de transport se evită. Furnizorul de catering primește în scris lista alergenilor din grup și confirmă în scris felurile sigure (FARE, 2024). Activitățile de gătit care implică alergenul

copilului se înlocuiesc pentru el cu alte sarcini, deoarece aburii degajați de laptele sau de peștele în fierbere pot declanșa reacții prin inhalare (Sicherer et al., 2025).

8 Instruirea personalului și repartizarea responsabilităților

Opt din zece reacții survin în sala de clasă și doar una din zece la cantină, ceea ce înseamnă că persoana care va recunoaște reacția și va administra adrenalina este, în majoritatea cazurilor, un cadru didactic (Sicherer et al., 2025). Instruirea acestuia condiționează întregul sistem, iar datele disponibile arată cât de inegală este ea: într-o comparație internațională, 6 din 10 angajați ai școlilor italiene, 5 din 10 din cele americane și 3 din 10 din cele spaniole declarau că au primit vreodată o instruire despre alergii, iar o treime dintre angajații școlilor spaniole ignorau locul în care se afla autoinjectorul (Deschildre et al., 2024). Consensul european recomandă instruirea întregului personal la angajare și reluarea ei la fiecare unul până la doi ani, cu conținut care acoperă recunoașterea reacției, prevenirea expunerii, utilizarea dispozitivului și aspectele psihosociale ale alergiei (Deschildre et al., 2024). Un curs online de 25 până la 30 de minute, cu test final, a produs scoruri de peste 90% și o încredere autoraportată ridicată (Sharma et al., 2025), însă aplicarea cunoștințelor în situație reală rămâne nemăsurată, motiv pentru care recomandăm instruirea în persoană, cu dispozitiv de antrenament, cel puțin la prima sesiune, cursul online servind ca reîmprospătare.

Persoana	Responsabilități
Medicul școlar / asistentul medical	Întocmește fișa A cu fiecare familie; ține registrul elevilor cu alergie și al dispozitivelor, cu datele de expirare verificate lunar; instruiește întregul personal la începutul anului, cu dispozitiv de antrenament, și reia instruirea la 1 până la 2 ani; conduce analiza fiecărei reacții și completează fișa C; menține legătura cu Direcția de Sănătate Publică pentru stocul neasignat.
Învățătorul / dirigintele	Cunoaște elevii cu plan din clasa sa și locația dispozitivului fiecăruia; verifică ingredientele alimentelor aduse la clasă și compoziția materialelor didactice; informează în scris profesorii suplinitori din prima zi; administrează adrenalina atunci când este primul adult prezent.
Profesorii de educație fizică, arte, științe	Cunosc lista elevilor cu alergie; asigură accesul la dispozitiv la activitățile în aer liber pentru elevii cu alergie la venin; verifică materialele și alimentele folosite în experimente și proiecte.
Personalul cantinei	Urmează instruirea suplimentară privind etichetele și contaminarea încrucișată; pregătește porțiile alergice primele; păstrează etichetele 24 de ore; anunță orice modificare de meniu.
Personalul de curățenie	Curăță mesele cu apă, săpun și prosop de unică folosință; cunoaște locația dispozitivelor și cheamă un adult instruit la observarea semnelor din rândul roșu.

Persoana	Responsabilități
Secretariatul	Afișează numerele de urgență; conduce ambulanța la intrarea corectă; păstrează copiile fișelor A cu datele de contact.
Conducerea unității	Aprobă procedura internă și stocul neasignat; asigură prezența unui adult instruit în fiecare clădire pe toată durata programului; include instruirea în calendarul de început de an; alocă bugetul pentru înlocuirea dispozitivelor.
Familia	Aduce scrisoarea medicală și două autoinjectoare în termen; comunică orice modificare; furnizează rezerva de gustări sigure; participă la întocmirea fișei A.
Elevul, potrivit vârstei	Consumă doar alimente cu ingrediente cunoscute; anunță imediat un adult la orice simptom după masă; de la 12 ani își poartă dispozitivul și cunoaște locația celui de rezervă.

9 Comunicarea cu familia, cu părinții clasei și confidențialitatea datelor

Siguranța copilului alergic crește atunci când ceilalți părinți din clasă cunosc alergenii de evitat la evenimentele comune, iar dreptul familiei la viață privată cere ca numele copilului, diagnosticul și medicația să rămână în afara circuitelor informale, cum sunt grupurile de mesagerie ale părinților. Datele privind sănătatea aparțin categoriilor speciale definite de articolul 9 al Regulamentului (UE) 2016/679, iar prelucrarea lor de către școală se întemeiază pe acordul semnat de părinți la înscriere, care menționează explicit datele medicale și scopul lor, în condițiile Legii nr. 190/2018.

Recomandăm o comunicare pe trei niveluri, consemnată în fișa B. Personalul care lucrează direct cu copilul, învățătorul sau dirigintele, profesorii clasei, personalul cantinei și însoțitorii în excursii, are acces la fișa A în întregime, întrucât intervenția lor depinde de ea. Ceilalți angajați ai unității cunosc existența unor elevi cu alergie în clasa respectivă și locația dispozitivelor, fără nume. Părinții clasei primesc de la școală, iar nu de la familia copilului, un mesaj despre alergenii de evitat la evenimentele comune, fără numele copilului, numele fiind comunicat doar la cererea scrisă a familiei. Mesajul venit din partea școlii are și un rol protector: un copil din trei cu alergie alimentară a fost tachinat sau hărțuit din cauza ei, iar în unul din cinci cazuri autorul a fost un cadru didactic sau un angajat al școlii, ceea ce transformă amenințarea cu alergenul într-o problemă de politică antihărțuire a unității, iar nu într-o glumă între colegi (FARE, 2024).

Model de mesaj adresat părinților clasei

> *„Stimați părinți, în clasa a II-a B învață copii cu alergie alimentară la ou și la fructe cu coajă lemnoasă. Pentru orice aliment adus la școală și destinat mai multor copii, vă rugăm să ne aduceți produsul în ambalajul original sau însoțit de lista scrisă a ingredientelor, deoarece alimentele fără listă vor rămâne neîmpărțite. La serbări vom prefera activitățile fără*

mâncare. Cabinetul medical vă stă la dispoziție marți și joi, între orele 12 și 14, pentru orice întrebare."

Fișa B. Acordul familiei privind comunicarea informațiilor medicale

Elevul	_____ Clasa: _____
Fișa A poate fi consultată integral de	☐ învățător/diriginte ☐ toți profesorii clasei ☐ personalul cantinei ☐ însoțitorii în excursii ☐ personalul auxiliar
În cancelarie se afișează	☐ numele copilului și alergenul ☐ doar clasa și alergenul ☐ nimic
Părinții clasei sunt informați despre	☐ alergen, fără nume ☐ alergen și numele copilului ☐ nimic
Fotografia copilului lângă planul de urgență	☐ da ☐ nu
Semnătura părintelui	_____ Data: _____ (acordul poate fi retras oricând, în scris)

10 Resurse, contacte și fișa de consemnare

Contacte de urgență ale unității (se completează de fiecare școală)

Urgență medicală	112 (se comunică termenul „anafilaxie" și ora administrării adrenalinei)
Cabinetul medical școlar	Tel: _____ Program: _____ Persoană: _____
Adult instruit de rezervă (în afara programului cabinetului)	Nume: _____ Tel: _____ Locația dispozitivelor neasignate: _____
Cel mai apropiat spital cu urgențe pediatrice	Denumire: _____ Adresă: _____ Tel: _____
Medicul alergolog de referință	Nume: _____ Tel: _____
Direcția de Sănătate Publică	Tel: _____ Persoană de contact: _____
Data ultimei instruiri a personalului	_____ Următoarea instruire: _____

Fișa C. Consemnarea unei reacții alergice survenite la școală

Fișa se completează de medicul școlar în ziua evenimentului, iar câte o copie se transmite familiei și medicului curant; datele acumulate în timp arată unde survin reacțiile în unitatea respectivă și în ce măsură instruirea a modificat conduita personalului.

Elev, clasă, data, ora	_____
Locul reacției	☐ clasă ☐ cantină ☐ curte ☐ sală de sport ☐ excursie ☐ altul: _____
Alergenul suspectat și calea de expunere	_____
Plan individual existent	☐ da ☐ nu ☐ alergie necunoscută anterior
Manifestări (rândul din schemă)	☐ verde ☐ galben ☐ roșu. Descriere: _____
Adrenalină	☐ da, ora: _____, doza: _____, dispozitiv: ☐ personal ☐ neasignat ☐ a doua doză, ora: _____ ☐ nu, motivul: _____
Alte medicamente	_____
Apel 112 la ora	_____ Sosirea ambulanței: _____ Spitalul: _____
Familia anunțată la ora	_____ de către _____
Persoanele care au intervenit	_____
Concluziile analizei	_____
Dispozitivul înlocuit la data	_____ Fișa A revizuită: ☐

Observații pentru medicul școlar

- Adrenalina intranazală în doză de 2 mg, destinată persoanelor de peste 30 kg, a fost autorizată în Statele Unite și de Agenția Europeană a Medicamentului și figurează deja în planurile de acțiune ale Academiei Americane de Pediatrie (Dribin et al., 2025; Deschildre et al., 2024); disponibilitatea ei în farmaciile din România rămâne de verificat la data tipăririi, iar instrucțiunea de utilizare a unui asemenea dispozitiv adus de familie se anexează fișei A.
- Autoinjectoarele se păstrează la temperatura camerei, ferite de lumină directă și de îngheț, într-un loc neîncuiat, inaccesibil elevilor și cunoscut de mai mulți adulți, iar în clădirile mari în mai multe puncte; un dispozitiv expirat se elimină numai după sosirea înlocuitorului (FARE, 2024).
- Cadrul legal al asistenței medicale școlare este stabilit prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și al Ministerului Educației privind asigurarea asistenței medicale a preșcolarilor, elevilor și studenților (Ordinul nr. 438/4.629/2021, al cărui număr și formă consolidată se verifică

la data tipăririi); ordinul cuprinde, în forma consultată, prevederi generale despre urgențele medicale, fără dispoziții specifice privind alergiile sau stocul neasignat de adrenalină.

- Pentru materiale în limba română, platforma educatie-alergii.ro publică proceduri de integrare a copiilor cu alergii în unitățile de învățământ (2023); pentru instruirea personalului, cursul AllergyAware al Food Allergy Canada durează 25 până la 30 de minute și este disponibil în limba engleză (Sharma et al., 2025).

Bibliografie

AAFA (Asthma and Allergy Foundation of America). Caregiver-reported presentation of severe food-induced allergic reactions in infants and toddlers (studiul ITA), rezumat, 2026. Articolul original: J Allergy Clin Immunol Pract; titlul exact și paginile se verifică înainte de tipărire.

CDC. Voluntary Guidelines for Managing Food Allergies in Schools and Early Care and Education Programs. Atlanta: US Department of Health and Human Services, 2013.

Deschildre A, Alvaro-Lozano M, Muraro A, Podesta M, de Silva D et al. Towards a common approach for managing food allergy and serious allergic reactions (anaphylaxis) at school. GA2LEN and EFA consensus statement. Clin Transl Allergy. 2024;15(1):e70013. doi:10.1002/clt2.70013

Dribin TE, Muraro A, Camargo CA Jr, Turner PJ, Wang J, Roberts G et al. Anaphylaxis definition, overview, and clinical support tool: 2024 consensus report, a GA2LEN project. J Allergy Clin Immunol. 2025;156:406-417. doi:10.1016/j.jaci.2025.01.021

FARE (Food Allergy Research and Education). Food Allergy Management in Schools (FAMS): Expert Recommendations for K-12. Septembrie 2024 (versiunea 18.11.2025).

Golden DBK, Wang J, Waserman S, Akin C, Campbell RL, Ellis AK et al. Anaphylaxis: a 2023 practice parameter update. Ann Allergy Asthma Immunol. 2024;132:124-176.

Grabenhenrich LB, Dölle S, Moneret-Vautrin A, Köhli A, Lange L, Spindler T et al. Anaphylaxis in children and adolescents: the European Anaphylaxis Registry. J Allergy Clin Immunol. 2016;137(4):1128-1137.

Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH et al. EAACI guidelines: anaphylaxis (2021 update). Allergy. 2022;77(2):357-377. doi:10.1111/all.15032

Pouessel G et al. Food-induced anaphylaxis in preschools and schools: data from the European Anaphylaxis Registry (NORA), 2008 to 2023. Pediatr Allergy Immunol. 2026; publicat online la 10 iunie 2026. Titlul exact, volumul și paginile se verifică înainte de tipărire.

Regulamentul (UE) nr. 1169/2011 al Parlamentului European și al Consiliului privind informarea consumatorilor cu privire la produsele alimentare, anexa II.

Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal, art. 9; Legea nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679.

Santos AF, Riggioni C, Agache I, Akdis CA, Akdis M, Alvarez-Perea A et al. EAACI guidelines on the management of IgE-mediated food allergy. Allergy. 2025;80(1):14-36. doi:10.1111/all.16345

Santos AF et al. An algorithm for the diagnosis and management of IgE-mediated food allergy, 2024 update. Allergy. 2025;80:629-632. doi:10.1111/all.16321

Sharma B, Ayers S, Huang J, Gerdts J, Waserman S, Levinson AJ. Online food allergy and anaphylaxis education for school personnel is effective and scalable: experience with the AllergyAware e-learning portal from 2015 to 2022. Allergy Asthma Clin Immunol. 2025. doi:10.1186/s13223-025-00977-0

Sicherer SH, O'Leary S, Pistiner M, Wang J; American Academy of Pediatrics, Section on Allergy and Immunology; Council on School Health. Management of food allergy in schools: clinical report. Pediatrics. 2025;156(6):e2025073168.

Spolidoro GCI, Amera YT, Ali MM, Nyassi S, Lisik D, Ioannidou A et al. Frequency of food allergy in Europe: an updated systematic review and meta-analysis. Allergy. 2023;78(2):351-368.

St. Louis Children's Hospital, Food Allergy Management and Education Program (FAME). Instructions to complete an Individual Health Care Plan. 2022.

Waserman S, Cruickshank H, Hildebrand KJ, Mack D, Bantock L, Bingemann T et al. Prevention and management of allergic reactions to food in child care centers and schools: practice guidelines. J Allergy Clin Immunol. 2021;147(5):1561-1578.