



Suite à l'exposition à un  
**allergène connu** ou **suspecté**

## QUAND UTILISER MON **AUTO-INJECTEUR D'ÉPINÉPHRINE**

**X** Si j'ai une apparition soudaine et rapide d'au moins 1 symptôme dans 2 de ces catégories

**OU**

**X** Si la réaction est sévère dans une seule catégorie



**Digestif** : vomissements, diarrhée, crampes au ventre



**Respiratoire** : essoufflement, toux, respiration sifflante, enflure des voies respiratoires, écoulement ou congestion nasale, voix rauque



**Bouche/Peau** : démangeaison, plaques rouges, enflure



**Symptômes liés à la baisse de tension artérielle** : étourdissement, évanouissement, somnolence, grande faiblesse