

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

RAGAZZI \ BAMBINI A RISCHIO DI CRISI CONVULSIVE

Piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____ a _____
Scuola _____ Classe _____

Patologia : ☐ epilessia ☐ convulsioni febbrili

Presenta la necessità di somministrare farmaci in orario scolastico:

☐ Se il bambino è affetto da epilessia utilizzare a scuola i seguenti accorgimenti/farmaci da somministrare quotidianamente in orario scolastico (indicare nome, dosaggio, via di somministrazione): _____

☐ Se il bambino è affetto da crisi convulsive epilettiche o febbrili somministrare (indicare nome, dosaggio, via di somministrazione) : _____

COSA FARE IN CASO DI CRISI CONVULSIVA:

- ☐ chiamare SUBITO il 112,
 - ☐ mettere il bambino in posizione laterale di sicurezza a terra,
 - ☐ non mettere nulla in bocca, slacciare ii vestiti, proteggere il capo,togliere occhiali
 - ☐ guardare l'orologio per vedere quanto dura la crisi,
- se la crisi ha durata maggiore di: ☐ **5** minuti oppure ☐ ____ minuti (da indicazioni specifiche dello specialista);
- ☐ Somministrare:(indicare nome, dosaggio, via di somministrazione) _____

☐ Avvisare i genitori del bambino.

Modalità conservazione farmaco

data: _____

Timbro e Firma Medico del SSR che ha formulato il
piano terapeutico e/o che ha prescritto la
somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.
