FAC-SIMILE ALL. 3 GENERICO *DGR 50-7641\2014*

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

Il minore Cognome_____. Nome _____

Nato il_____ a._____ Residente a _____

via_____

affetto dalla seguente patologia:_____ presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo:

() TERAPIA FARMACOLOGICA () IDRATAZIONE tramite PEG

() ALIMENTAZIONE tramite PEG

Nome del FARMACO \SOLUZIONE IDRATANTE\ALIMENTO da somministrare quotidianamente:_____

_____

_____

Modalità di somministrazione_____

Orario dell'intervento/i O di somministrazione/dose_____

Modalità di conservazione del/i farmaco/i o ALTRO_____

_____

Nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

_____

Nome del farmaco da somministrare:_____

Modalità di somministrazione_____

Orario di somministrazione/dose_____

Modalità di conservazione del/i farmaco/i_____

Dose_____

Modalità di esecuzione:_____

Eventuali note: _____

_____

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.

*FAC-SIMILE **ALL.3** EX DGR50-7641\2014*

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 i 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.

_____

FAC-SIMILE ALL. 3 DGR 50-7641\2014

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

BAMBINI AFFETTI DA ASMA BRONCHIALE \ BRONCOSPASMO

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____

Nato il_____ a._____ Residente a _____

via_____

Frequentante Classe _____SCUOLA_____

Allergia a **:** _____

Il/LA bambino/a è affetto/a da asma bronchiale allergico.

I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

 accessi di tosse e respiro accelerato, sibili espiratori, rientramenti tra le coste e sotto il diaframma e in casi severi

 importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio

COSA FARE:

In caso di attacco acuto d'asma

 chiamare SUBITO il 112

 somministrare SUBITO con distanziatore: SALBUTAMOLO

Nome commerciale del farmaco……..……**spray**: 2 puff subito, ripetibili fino a 6-8 puff totali

- agitare la bomboletta
- due spruzzi di (Ventolin o Broncovaleas) nel distanziatore
- 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- ripetere i 5 respiri per ogni altro spruzzo di Ventolin o di Broncovaleas

 Somministarre BETAMETASONE nome commerciale……. **1 mg: ___** compressa/e subito, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

avvisare i genitori

Altra prescrizione

_____

_____

_____

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI

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.

*FAC-SIMILE **ALL. 3 EX** DGR 50-7641\2014*

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

BAMBINI AFFETTI DA ASMA BRONCHIALE \ BRONCOSPASMO

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____

Nato il_____ a._____ Residente a _____

via_____

Frequentante Classe _____SCUOLA_____

Allergia a **:** _____

Il/LA bambino/a è affetto/a da asma bronchiale allergico.

I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

 accessi di tosse e respiro accelerato, sibili espiratori, rientramenti tra le coste e sotto il diaframma e in casi severi

 importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio

COSA FARE:

In caso di attacco acuto d'asma

 chiamare SUBITO il 112

 somministrare SUBITO con distanziatore SALBUTAMOLO

Nome commerciale del farmaco…… **spray**: 2 puff subito, ripetibili fino a 6-8 puff totali

- agitare la bomboletta
- due spruzzi del farmaco nel distanziatore
- 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- ripetere i 5 respiri per ogni altro spruzzo di farmaco…….

Betametasone(_____) cp 1 mg: n°___ compressa/e subito, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

avvisare poi la madre_____il padre_____

Altra prescrizione_____

_____

_____

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI

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.

FAC SIMILE ***ALL.3\1*** *EX DGR50-7641\2014*

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

PREGRESSA ANAFILASSI piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____

Nato il_____ a._____ Residente a _____

via_____

Frequentante Classe _____SCUOLA_____

Allergia a : _____

I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

1. Occhi: arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione

2. Naso: sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato

3. Bocca: prurito e gonfiore delle labbra, lingua o bocca

4. Cute: senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa

e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale

5. **Respiro alterato** :

A. lievi accessi di tosse e respiro accelerato, sibili respiratori (fischio), rientramenti alla base del collo, tra le coste e il diaframma

B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi (labbra e cute bluastre), arresto respiratorio**.**

6. Intestino: nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea

7. Circolo/ Sistema nervoso: pallore intenso, malessere generale, debolezza, sonnolenza, vertigine, battito cardiaco accelerato/lento/ irregolare, PERDITA DI COSCIENZA

La severità dei sintomi può cambiare rapidamente evolvendo in situazioni pericolose per la vita!

COSA FARE:

se l'assunzione\puntura è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati **chiamare SUBITO il 112 (SEGNALARE sospetta ANAFILASSI)**

SE COMPAIONO UNO O PIU' SINTOMI tra quelli elencati da 1 a 5 somministrare SUBITO

() CETRIZINA CLORIDRATO(_____) gtt_____ (1gtt\2kg)
cp_____

() EBASTINE (_____) 10 mg lio

() Betametasone (_____) compresse da 1 mg _____ compressa/e per bocca (0,1-0,2 mg\Kg)

() altro _____

FAC SIMILE ***ALL.3\2*** *EX DGR50-7641\2014*

QUALORA COMPARISSE IL SINTOMO 5 A

Somministrare oltre a cortisone e antistaminico SALBUTAMOLO spray (nome commerciale_____)**:**

…… puff subito, ripetibili ogni …….. minuti FINO AD UN MASSIMO DI 3 VOLTE.

- agitare la bomboletta
- uno spruzzo del farmaco nel distanziatore
- far eseguire 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- subito dopo i 5 respiri agitare la bomboletta e ripetere lo spruzzo del farmaco
- far eseguire 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca

Dopo ..... minuti, se il respiro non è tornato normale, ripetere il Ciclo (1 spruzzo-5 respiri + 1 spruzzo-5 respiri)

Altra prescrizione:

_____

_____

_____

QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI DA 5B a 7 somministrare adrenalina autoiniettabile:

() _____ 150 mcg () _____ 300 mcg

()_____

Avvisare i genitori

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI.

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.