

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

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a. _____ Residente a _____

via _____

Frequentante Classe _____ SCUOLA _____

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

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente: _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Modalità di conservazione del/i farmaco/i _____

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del/i farmaco/i _____

Presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico: _____

Modalità di esecuzione: _____

Orario di esecuzione dell'intervento/i _____

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.

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:

Ventolin o Broncovaleas spray: 2 puff subito, ripetibili fino a 6-8 puff totali

- agitare la bomboletta
- due spruzzi di SALBUTAMOLO (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

☐ Somministrare BETAMETASONE(**Bentelan cp**) **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.

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:

Ventolin o Broncovaleas 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

Bentelan cp 1 mg: ____ 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.

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: sternali 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

() Formistin o Zirtec gtt _____ (1gtt\2kg)

() Kestine 10 mg lio

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

() altro _____

QUALORA COMPARISSSE IL SINTOMO 5 A

Somministrare oltre a cortisone e antistaminico SALBUTAMOLO spray (Ventolin o Broncovaleas):

..... 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 autoiniezzabile:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ FAST JEKT 150 mcg | ☐ JEXT 150 mcg | ☐ CHENPEN 150 mcg |
| ☐ FAST JEKT 300 mcg | ☐ JEXT 300 mcg | ☐ CHENPEN 300 mcg |
| ☐ ADRENALINA.....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.