	ISTRUZIONE PER LE SCUOLE	CODICE:

I GENITORI, inviano al Dirigente Scolastico, la richiesta -Fac Simile.1\1bis ex DGR 50-7641 in calce a queste istruzioni corredata dal Piano d'azione personalizzato (all. 3 o 3bis in caso di diabete) rilasciato dal medico. L'allegato 1 prevede tre possibili situazioni:

- Richiesta di formazione\addestramento per la somministrazione del farmaco e\o esecuzione dell'intervento. In questo caso deve essere avviata la procedura di richiesta di formazione e addestramento
- Situazione sanitaria invariata dello studente, con personale già formato negli anni precedenti, in tal caso i genitori\tutori consegneranno alla Scuola l'allegato 1 con barrata l'opzione di richiesta di rinnovo dell'autorizzazione alla somministrazione farmaci\interventi specifici.
- Studente in grado di autosomministrarsi la terapia l'allegato, con richiesta di sorveglianza durante la somministrazione. In questo caso, se ritenuto opportuno, potrà essere richiesta la sola FAD.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO O OMOLOGO valuta la fattibilità organizzativa della procedura constatando, coadiuvato dai referenti di plesso, la presenza nella scuola degli spazi adatti alla conservazione e somministrazione del farmaco e la disponibilità alla formazione e alla somministrazione del farmaco\esecuzione dell'intervento del personale docente\ata in servizio e lo comunica ai genitori.

I GENITORI, inviano al Dirigente scolastico o omologo una seconda richiesta redatta con i contenuti Fac Simile 2 ex DGR 50-7641 di queste istruzioni, nella quale **chiedono di autorizzare il personale indicato** a seguire il percorso formativo, di attivare le procedure per l'esecuzione dell'intervento e delegano il personale scolastico, resosi disponibile e formato sul caso specifico, all'esecuzione dell'intervento\somministrazione del farmaco.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO O OMOLOGO, quale titolare del trattamento dati e garante dell'attuazione del piano dell'inclusione scolastica:

- nomina *ASL Novara* come *responsabile esterno del trattamento,* per consentire la frequenza dei corsi FAD su piattaforma CSI 3L SMART

- dichiara di essere consapevole che ASL Novara nominerà CSI sub responsabile esterno del trattamento e gli trasmetterà i nominativi e gli indirizzi e-mail del personale della Scuola per cui è richiesta e autorizzata la frequenza al corso FAD.

- richiede al Direttore di Distretto dell'area di appartenenza dell'I.C, la formazione\informazione\addestramento del personale dipendente dalla scuola (o agenzia formativa o nido) redatta secondo i contenuti del Fac Simile 2-3\3bis e 4 , per permettere la frequenza in sicurezza dello studente con bisogni speciali di salute.

Tutte le richieste dovranno essere redatte in modo conforme e indirizzate **esclusivamente** tramite pec all'indirizzo **protocollogenerale@pec.asl.novara.it** .
Non potranno essere accettate ed avere seguito, le richieste pervenute tramite canali diversi da quelli indicati, incomplete o redatte su modulistica non conforme.

L'ASL, dopo accettazione della nomina a responsabile esterno del trattamento dei dati e verifica della documentazione inviata, attiverà ed effettuerà il percorso formativo specificatamente predisposto, in accordo con i richiedenti a cui ne darà comunicazione. Potrà richiedere fotografie del luogo di conservazione del farmaco.

Parte del percorso formativo potrà essere svolto in *FAD ma tale frequenza necessita pre-iscrizone da parte di ASL Novara, che potrà avvenire tramite l'invio della tabella excel in calce all'all.2*.
In nessun caso è ammessa la frequenza al corso FAD senza la preventiva pre-iscrizione; l'autoregistrazione degli utenti, genera un blocco del sistema e la necessità da parte di CSI di ripetere le registrazioni secondo le modalità corrette e concordate con ASL Novara, con ritardi nel rilascio dell'autorizzazione alla frequenza.

La formazione FAD dovrà essere completata PRIMA della formazione in situazione\addestramento *e gli attestati di avvenuta formazione in FAD, scaricabili dopo aver fruito del corso, a fine formazione saranno allegati alla scheda di formazione in situazione.*

Al termine della formazione in situazione\addestramento, il personale ASL compilerà la scheda di formazione in situazione che verrà lasciato alla Scuola per l'apposizione delle firme necessarie:

- Firme dell'Operatore scolastico formato. **NB.** *I nominativi del personale che partecipa alla formazione **NON** potranno essere diversi da quelli indicati nella richiesta dei genitori al Dirigente scolastico*

- Firme dei genitori che delegano gli operatori scolastici all'esecuzione dell'intervento e che si impegneranno nello stesso tempo a fornire alla scuola i farmaci\presidi previsti dal Piano terapeutico, (i farmaci consegnati alla scuola dovranno essere in corso di validità, contenuti in confezione integra)

- Visto del Dirigente scolastico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO richiederà autorizzazione all'esecuzione della procedura, compilando il Fac Simile 6 di queste istruzioni e inviandolo all'ASL tramite PEC insieme all' ALL. A -SCHEDA DI FORMAZIONE IN SITUAZIONE- debitamente controfirmat~~o~~.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO ASL, viste le richieste e gli allegati, rilascerà autorizzazione alla somministrazione dei farmaci o all'esecuzione dell'intervento specifico secondo i bisogni sanitari e le indicazioni mediche~~.~~

Per la gestione delle emergenze resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il Numero unico di emergenza (NUE)112, avvertendo contemporaneamente la famiglia.

FAC-SIMILE ALL.1\1BIS *ex DGR 50-7641\2014*

Richiesta Dei Genitori Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico/Direttore Ag. Formativa

Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/ Agenzia formativa/ Nido/Scuola d'infanzia/ Scuola secondaria I o II GRADO

_____

I sottoscritti (padre) _____ (madre) _____
in qualità di Genitori/Tutori del minore _____ iscritto per l'anno scolastico _____
presso la scuola/nido/materna_____ classe/sezione _____vista la specifica patologia del minore _____
chiedono:

- la somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico(*);
- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco e/o nell' autoesecuzione dell'intervento in orario scolastico oppure la possibilità di eseguire personalmente l'intervento.
- la richiesta il rinnovo dell'autorizzazione alla somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico; all'uopo dichiarano:

1) che considerati gli atti depositati presso l.C./Istituto Scolastico ai sensi del D.G.R. 50-7641 con nota prot. n. _____ del _____ relativi al\alla minore stessa **con la presente rinnovano formalmente l'atto di delega nei confronti del personale scolastico precedentemente delegato e autorizzato** con atto nota prot. n del _____del Direttore del Distretto Sanitario competente

2) che il piano terapeutico/intervento/i assistenziale/i richiesti non sono variati rispetto a quanto prescritto e richiesto per gli anni scolastici precedenti frequentati presso lo stesso plesso. A tal fine allegano specifica certificazione/prescrizione medica.

3) che provvederanno ad inoltrare tempestivamente al Dirigente Scolastico, attraverso la documentazione medica (all. 3-3bis) ogni variazione del piano prescrittivo precedentemente consegnato.

Data:_____

Firma (genitore 1) Firma (genitore 2)

(*) N.B: DA INVIARE AD ASL Novara SOLO in caso di richiesta di **somministrazione di farmaco/esecuzione intervento** in orario scolastico **CHE RICHIEDE FORMAZIONE**; negli altri casi è sufficiente inserirla nel fascicolo dello studente

FAC-SIMILE ALL.2 \1 *ex DGR 50-7641\2014*

RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DELL' I.C. (o omologo)

Richiesta/delega/liberatoria (inviarne copia all'ASL Novara)

Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico o del personale/Direttore Agenzia formativa
Dr. ……
Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Nido/Scuola d'infanzia/Agenzia/Altro……...

I sottoscritti (genitore 1) ……(genitore 2) ……in qualità di Genitori/Tutori del minore ……..…… iscritto per l'anno scolastico…….…….presso la Scuola/Nido/Ag.Formativa. ……..…….…… sede……..……..….classe/sezione ……..……..

chiedono a Codesta Direzione:

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, la somministrazione farmaco/esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, e a tale scopo,

- di autorizzare il personale scolastico\altro……..in elenco a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per la somministrazione farmaco/l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

Cognome Nome	**Qualifica**	SOLO FAD*	FORMAZIONE COMPLETA*
		***FIRMARE il tipo di FORMAZIONE RICHIESTA\ACCETTATA**	

NB. COMPILARE LA TABELLA excel ALLEGATA CON I DATI NECESSARI PER ISCRIZIONE A FAD

FAC-SIMILE ALL. 2 \2 *ex DGR 50-7641\2014*
(riportare su carta intestata della scuola\ ag. formativa \nido)

I sottoscritti, con la presente:

- ***delegano formalmente*** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento;
- ***acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili*** (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare anche lo stato di salute)*, e* ***autorizzano ad informare il personale in elenco*** ai sensi della normativa vigente in materia;
- ***autorizzano all'attivazione della rete territoriale/ospedaliera*** da parte dei servizi sanitari coinvolti, al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi erogati al minore

- ***() acconsentono***
- ***() NON acconsentono all'erogazione della formazione in sessione condivisa*** *in risposta ai bisogni di altro\i studente\i con la stessa patologia.*

In fede (firma genitore 1) …….....……

(firma genitore 2) …….……..

Numeri di telefono utili: genitore 1 ……..…….....…

genitore 2…….……....

Altri numeri utili ……

In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare

Il sottoscritto …… genitore\tutore del minore……...

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore assente.

FIRMA …… Luogo …….. Data ……..

NB. COMPILARE LA TABELLA ALLEGATA CON I DATI NECESSARI PER ISCRIZIONE A FAD

CODICE MECCANOGRAFICO I.C.	NOME I.C.	COMUNE I.C.	MAIL I.C.	NOME E SEDE PLESSO SCOLASTICO

*NB: il codice fiscale va scritto in **minuscolo***

*Scrivere **MAIUSCOLO***

*Scrivere **MAIUSCOLO***

*Scrivere in **minuscolo***

codice fiscale	NOME	COGNOME	e-mail istituzionale . In assenza di mail istituzionale indicare altra mail

TABELLA di **excel** con DATI DA INVIARE A CSI

FAC-SIMILE All.4\1** ex DGR 50-7641\2014* ***RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DELL' I.C.

Richiesta di informazione/formazione/addestramento per il personale scolastico/educativo

Al Direttore del Distretto () AREA NORD Dottoressa M.L.Demarchi **() AREA SUD** Dott. G.Valzer
() Distretto Urbano NOVARA Dott. G.Masoero

Oggetto: richiesta di *Informazione/Formazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo per il minore*_____

Il\la sottoscritto\a Dott./Dott.ssa _____*Dirigente Scolastico /*
Resp. Pedagogico o del personale / Direttore Ag.formativa/altro…….(personale dei Comuni)
indirizza all'attenzione dell'ASL una richiesta di *informazione/Formazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo/altro.*

A tal fine dichiara:

- quale titolare del trattamento dati, di nominare ASL Novara come responsabile esterno del trattamento per la frequenza dei corsi FAD su piattaforma CSI 3 l SMART.*(ASL Novara nominerà CSI sub responsabile esterno del trattamento dati poiché trasmetterà i nominativi e gli indirizzi e-mail del personale per cui è richiesta e autorizzata la frequenza al corso FAD stesso).*

- di aver effettuato una valutazione di fattibilità per quanto attiene agli aspetti scolastico-organizzativi;

- di aver verificato, ed aver raccolto formalmente, la disponibilità del personale scolastico/educativo, delegato dai genitori del minore, ad essere formato/addestrato e a somministrare il farmaco/realizzare l'intervento sul minore,

-che il personale elencato in tabella è dipendente della Scuola o assimilati es Comune e non di cooperative o assunto tramite forme di "somministrazione lavoro".

- di aver identificato: un locale adeguato per la somministrazione farmaci/l'effettuazione dell'intervento, valutando anche le necessarie esigenze di riservatezza e sicurezza , fermo restando che in caso di urgenza l'intervento potrà essere svolto dove si rende palese la necessità; e un locale/spazio adeguato alla conservazione dei farmaci, delle attrezzature necessarie e della documentazione sanitaria del minore, nel rispetto della normativa vigente e non accessibile agli studenti

Il farmaco e l'all.3 relativo saranno conservati nel locale (es. segreteria, accanto a presidenza)
_____ sito al piano_____, in apposito armadio\cassetto
_____(es. armadietto pronto soccorso\frigorifero).

- di garantire, per i locali/spazi identificati, la destinazione d'uso, l'adeguatezza e la manutenzione, comprensiva delle apparecchiature necessarie (es.: telefonia, frigorifero, ecc.), in modo continuativo e per tutto il tempo in cui sia necessaria l'effettuazione dell'intervento sul minore.

Si allegano alla presente, i seguenti documenti :

- ■ Richiesta/delega dei genitori (Allegato 2)*con nominativi personale da formare
- ■ Documentazione medica riguardante l'allievo (Allegato 3/3 bis)*

*Allegati obbligatori sul caso specifico

data, _____ FIRMA

***FAC-SIMILE ALL. 6** EX DGR50-7641\2014* **Su carta intestata della scuola o ente richiedente**

RICHIESTA Autorizzazione all'ASL dopo formazione

Al Direttore del Distretto AREA: () NORD Dottoressa M.L. Demarchi **() SUD D**ott. G.Valzer
() Distretto Urbano NOVARA Dott. G.Masoero

Oggetto: Richiesta Autorizzazione dopo formazione a favore del Minore _____

Il\la sottoscritt… Dr\Dott.ssa ……..…
Dirigente Scolastico/Responsabile del personale/Direttore Agenzia formativa
dell' Istituto Comprensivo/ Scuola d'infanzia/Agenzia/Altro (riportare Nome I.C. o equivalenti)
…….……..……..

al termine del percorso di Informazione/Formazione/Addestramento svolto dal Vs. personale sanitario a favore del nostro personale scolastico/educativo,

chiede

di poter attivare la procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento sul minore in orario scolastico, come da certificazione medica (All. 3/3bis) inviata all'atto della richiesta di attivazione della formazione e da verbale di avvenuta formazione, **in allegato (Allegati 5 di Formazione in Situazione)**

Data, _____

FIRMA

_____

N.B. QUESTA RICHIESTA DEVE ESSERE INVIATA ESCLUSIVAMENTE dagli I.C., **Agenzie formative o Scuole parificate**, per i Nidi comunali (e altri dipendenti comunali), pur fruendo della formazione, non essendo ciò espressamente previsto dalla DGR 50-7641/2014, la delega formale dei genitori all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute del figlio in orario peri-scolastico, al personale elencato nell' all. 2 ex DGR 50-7641 costituisce autorizzazione all'esecuzione dell'intervento richiesto nel Piano d'azione personalizzato, ivi compresa la somministrazione dei farmaci e oggetto di formazione come descritto nell'ALL.A. A tale scopo l'allegato inviato ai richiedenti alla fine del percorso formativo, riporta tali specifiche;

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** **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 SALBUTAMOLO con distanziatore

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 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\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.