

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 4.1 della DGR 50/2014, gli interventi in ambito scolastico possono avere luogo nei seguenti casi e condizioni: a) l'assoluta necessità dell'intervento durante l'orario scolastico; b) che l'intervento non richieda il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario, nè una discrezionalità tecnica o, se richiesta, sia esercitata entro parametri pre-definiti".

IL MINORE

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DIAGNOSI per la quale è necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico:

Altre **PATOLOGIE CONCOMITANTI** che possano condizionare la gestione scolastica della somministrazione del farmaco

FARMACI da somministrare in orario scolastico

(per prescrizioni multiple, indicare i farmaci nell'ordine di somministrazione)

1)

NOME DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE (cpr, sciroppo, supposte, microclisma, ecc.) _____

da somministrare QUOTIDIANAMENTE o IN URGENZA/EMERGENZA

POSOLOGIA (*già calcolata sul peso corporeo/per età*) _____

VIA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE _____

* Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI _____

* Per Farmaci da usare in Urgenza/Emergenza, specificare EVENTO/CIRCOSTANZA in cui procedere alla somministrazione _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE (temperatura, esposizione alla luce, ecc.)

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

2)

NOME DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE (cpr, sciroppo, supposte, microclisma, ecc.) _____

da somministrare QUOTIDIANAMENTE o IN URGENZA/EMERGENZA

POSOLOGIA (*già calcolata sul peso corporeo/per età*) _____

VIA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI _____

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE _____

Per Farmaci da usare in Urgenza/Emergenza, specificare EVENTO/CIRCOSTANZA in cui procedere alla somministrazione _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE (temperatura, esposizione alla luce, ecc.)

NOTE _____

Si rilascia il presente certificato/prescrizione su richiesta del genitore del minore, ai sensi e fini previsti dalla DGR 50-7641 del 21 maggio 2014 e come da Accordo Inter-Istituzionale.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA ____/____/_____

Eventuali correzioni/integrazioni devono essere controfirmate e datate dallo stesso medico prescrittore. Le prescrizioni incomplete, poco chiare, o manomesse non potranno essere utilizzate per la formazione del personale scolastico.

**PRESCRIZIONE MEDICA PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI TECNICI IN
ORARIO SCOLASTICO**

Ai sensi dell'art. 4.1 della DGR 50/2014, gli interventi in ambito scolastico possono avere luogo nei seguenti casi e condizioni: a) l'assoluta necessità dell'intervento durante l'orario scolastico; b) che l'intervento non richieda il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario, nè una discrezionalità tecnica o, se richiesta, sia esercitata entro parametri pre-definiti".

IL MINORE

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DIAGNOSI per la quale è necessaria la realizzazione dell'intervento in orario scolastico:

Altre **PATOLOGIE CONCOMITANTI** che possano condizionare la gestione scolastica dell'intervento richiesto

INTERVENTO da realizzare in orario scolastico

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO _____

- da realizzare IN MODALITA' PROGRAMMATA

nel seguente ORARIO/FASCIA ORARIA _____

e/o

- da realizzare IN CASO DI NECESSITA' nel seguente EVENTO/CIRCOSTANZA

EVENTUALI NOTE _____

Si rilascia il presente certificato/prescrizione su richiesta del genitore del minore, ai sensi e fini previsti dalla DGR 50-7641 del 21 maggio 2014.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA ____/____/____ _____

Eventuali correzioni/integrazioni devono essere controfirmate e datate dallo stesso medico prescrittore.

Le prescrizioni incomplete, poco chiare, o manomesse non potranno essere utilizzate per la formazione del personale scolastico.

PROFILASSI ASMA DA SFORZO

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola/Classe _____

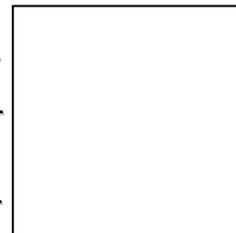
ALLERGIA A: _____

FOTO del bambino

In alcuni soggetti, l'attacco acuto di asma può essere indotto dallo sforzo fisico (educazione motoria, gioco fisicamente impegnativo - es. calcio, corsa nel cortile, camminate durante le gite scolastiche, ecc.)

IN CASO DI PREVISTO SFORZO FISICO, per prevenire l'insorgenza di sintomi,

15 minuti prima di iniziare l'attività fisica:

somministrare Salbutamolo spray con distanziatore:

INDICARE NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

3 puff (1 puff + 1 puff +1 puff, distanziati di un minuto l'uno dall'altro)

segundo i seguenti passaggi:

- 1) togliere il cappuccio della bomboletta
- 2) agitare la bomboletta di farmaco spray e fare 3 puff a vuoto
- 3) inserire l'erogatore nell'apposita apertura posteriore del distanziatore
- 4) mettere il boccaglio del distanziatore nella bocca del bambino, avendo cura che oltrepassi i denti e sigillando bene le labbra; nel bambino piccolo applicare invece la mascherina del distanziatore su viso (deve coprire il naso e la bocca) in modo ben aderente alla cute
- 5) effettuare uno spruzzo di farmaco nel distanziatore
- 6) far fare 5 respiri profondi, attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- 7) dopo un minuto effettuare un secondo spruzzo di farmaco e poi un terzo spruzzo dopo un altro minuto

Eeguire il ciclo: 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri, fino a 3 volte in totale.

IL FARMACO DEVE ESSERE CONSERVATO A TEMPERATURA AMBIENTE, LONTANO DA FONTI DI CALORE, RIPARATO DAL FREDDO E DAI RAGGI DIRETTI DEL SOLE.

Nel caso di comparsa di sintomi di un attacco acuto di asma:

accessi di tosse, respiro accelerato, difficoltà a parlare, affaticamento respiratorio, sibili espiratori

ALLERTARE IL 112

POI

***se il bambino ha solo questa prescrizione:**

***ripetere il ciclo dei passaggi, ogni 20 minuti,
fino ad un massimo di 3 volte totali***

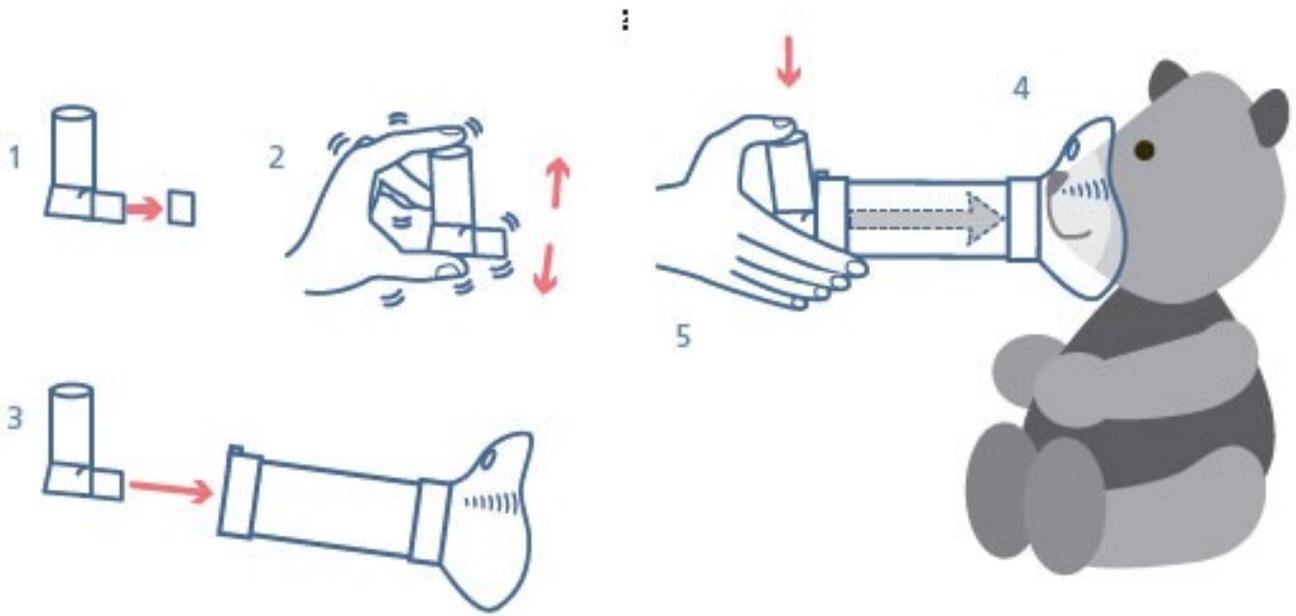
***se invece il bambino ha anche la prescrizione specifica per asma:**

passare alla scheda ASMA BRONCHIALE

Infine avvisare i GENITORI.

Data _____

Timbro e Firma del Medico _____



ASMA BRONCHIALE

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola/Classe _____

ALLERGIA A: _____**I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:**

ACCESSI DI TOSSE E RESPIRO ACCELERATO

- DIFFICOLTÀ A PARLARE
- SIBILI ESPIRATORI
- SPOGLIATO IL BAMBINO, RIENTRAMENTI ALLA BASE DEL COLLO, TRA LE COSTE E SOTTO IL DIAFRAMMA

FOTO DEL BAMBINO

e IN CASI SEVERI:

- IMPORTANTE E INVALIDANTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA ANCHE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DELLA PRIMA TERAPIA
- CIANOSI (LABBRA E CUTE BLUASTRE)

COSA FARE:**1. chiamare SUBITO il 112****2. somministrare **Salbutamolo spray** con distanziatore:****INDICARE NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:**

3 puff (1 puff +1 puff + 1 puff), distanziati un minuto l'uno dall'altro, ripetibili ogni 20 minuti fino a **3 volte totali**

seguendo i seguenti passaggi:

- 1) togliere il cappuccio della bomboletta
- 2) agitare la bomboletta di farmaco spray e fare 3 puff a vuoto
- 3) inserire l'erogatore nell'apposita apertura posteriore del distanziatore
- 4) mettere il boccaglio del distanziatore nella bocca del bambino, avendo cura che oltrepassi i denti e sigillando bene le labbra; nel bambino piccolo applicare invece la mascherina del distanziatore su viso (deve coprire il naso e la bocca) in modo ben aderente alla cute
- 5) effettuare uno spruzzo di farmaco nel distanziatore
- 6) far fare 5 respiri profondi, attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- 7) dopo un minuto effettuare un secondo spruzzo di farmaco e poi un terzo spruzzo dopo un altro minuto

Ripetere il ciclo: 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri, fino a 3 volte in totale.**Ogni ciclo deve essere distanziato di 20 minuti l'uno dall'altro**

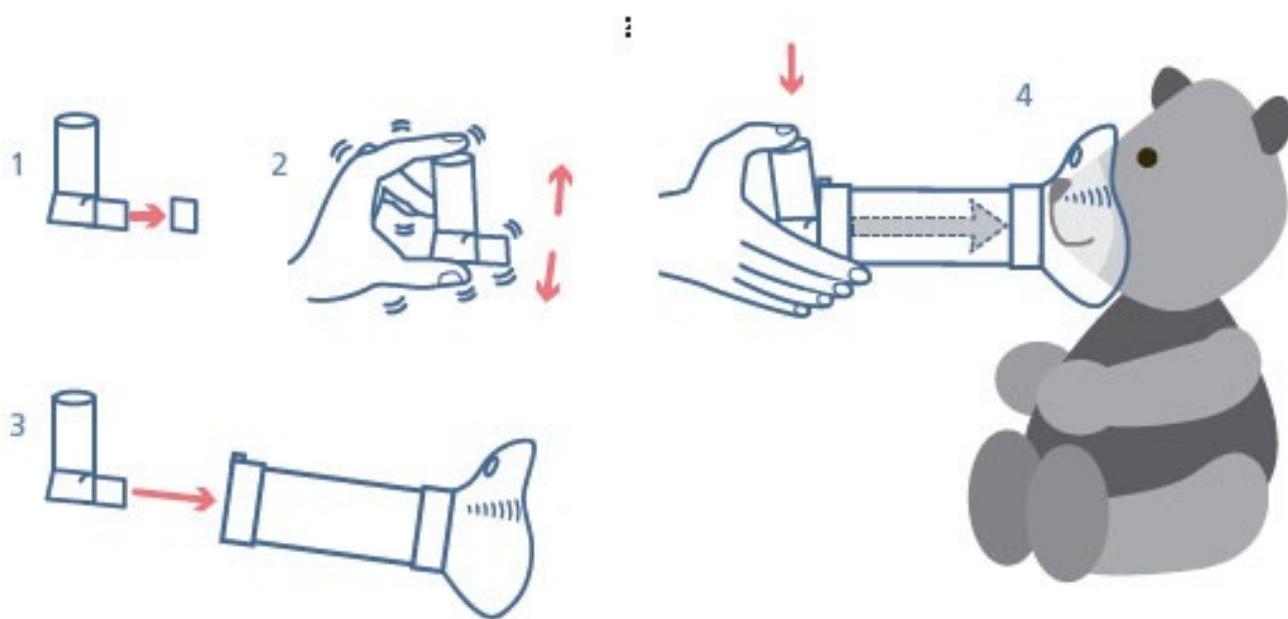
3. poi somministrare subito **Bentelan co. 1 mg: _____ compressa/e, sciolta/e sotto la lingua**
o in poca acqua **SPECIFICARE IL DOSAGGIO**

4. Avvisare poi i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

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

I farmaci devono essere conservati a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore, e riparati dal freddo e dai raggi diretti del sole.

Data _____ Timbro e Firma del medico _____



4



CRISI CONVULSIVE

Piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola/Classe _____

Patologia: epilessia convulsioni febbrili

FOTO del bambino

I più frequenti SEGNI/SINTOMI DI CRISI CONVULSIVA INCLUDONO:

PERDITA DI COSCIENZA CON CADUTA A TERRA, IRRIGIDIMENTO DELLA MUSCOLATURA, RETROVERSIONE DEGLI OCCHI, ALTERAZIONI DEL RESPIRO CON LABBRA BLUASTRE, SERRAMENTO DELLA MANDIBOLA, SCHIUMA ALLA BOCCA, MORSICATURA DELLA LINGUA E/O DELLE GUANCE, SCOSSE DEGLI ARTI, PERDITA INVOLONTARIA DI FECI O URINE, ECC.

IN CASO DI FEBBRE (Temperatura esterna $\geq 37,5^\circ$) chiamare i genitori e somministrare:

NOME COMMERCIALE (NON PRINCIPIO ATTIVO) DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE _____

DOSAGGIO _____

VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE _____

COSA FARE IN CASO DI CRISI CONVULSIVA

- **chiamare SUBITO il 112**
- mettere il bambino in POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA
- NON mettere nulla in bocca
- SLACCIARE i vestiti
- PROTEGGERE IL CAPO
- guardare l'orologio per vedere QUANTO DURA LA CRISI

SE LA CRISI HA DURATA maggiore di: 5 minuti **oppure di.....** minuti (da indicazioni diverse/specifiche dello specialista) SOMMINISTRARE:

NOME COMMERCIALE (NON PRINCIPIO ATTIVO) DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE _____

DOSAGGIO _____

VIA DI SOMMINISTRAZIONE _____

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE _____

Poi AVVISARE I GENITORI ai numeri _____

DATA, _____ TIMBRO E FIRMA del MEDICO _____