

**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 \_\_\_\_\_

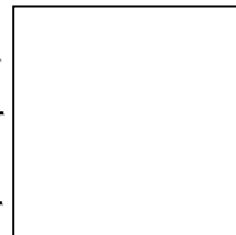
**ALLERGIA A:** \_\_\_\_\_

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)**

**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

**Eseguire 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***

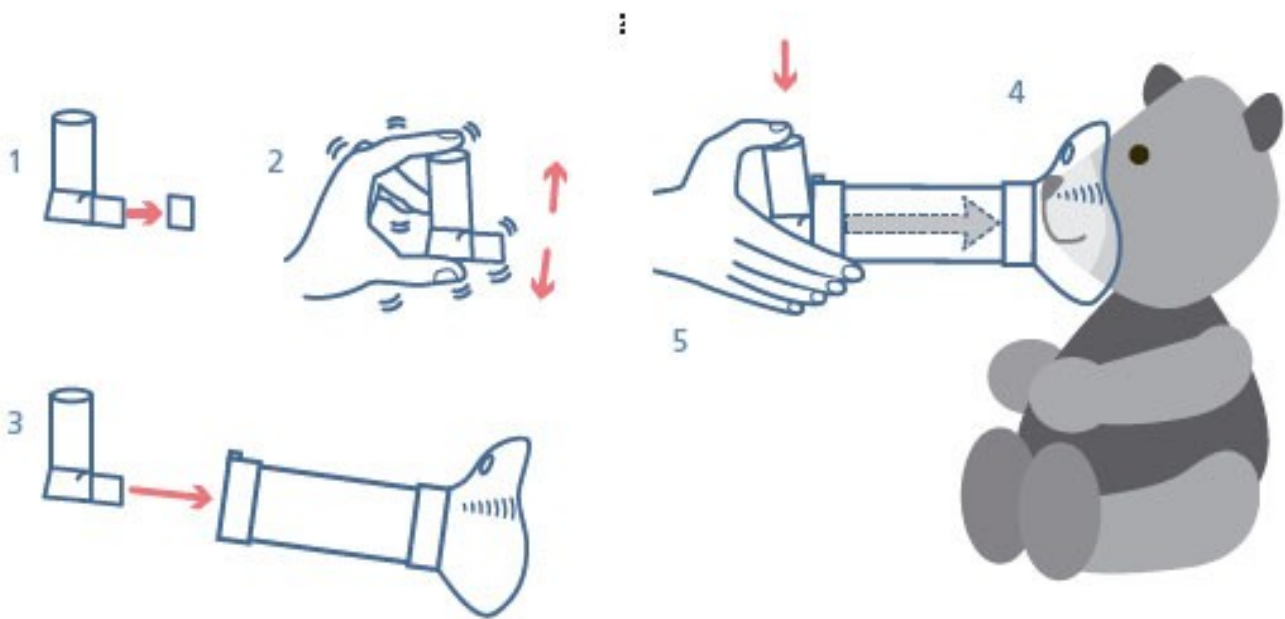
**\*se invece il bambino ha anche la prescrizione specifica per asma:**

***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

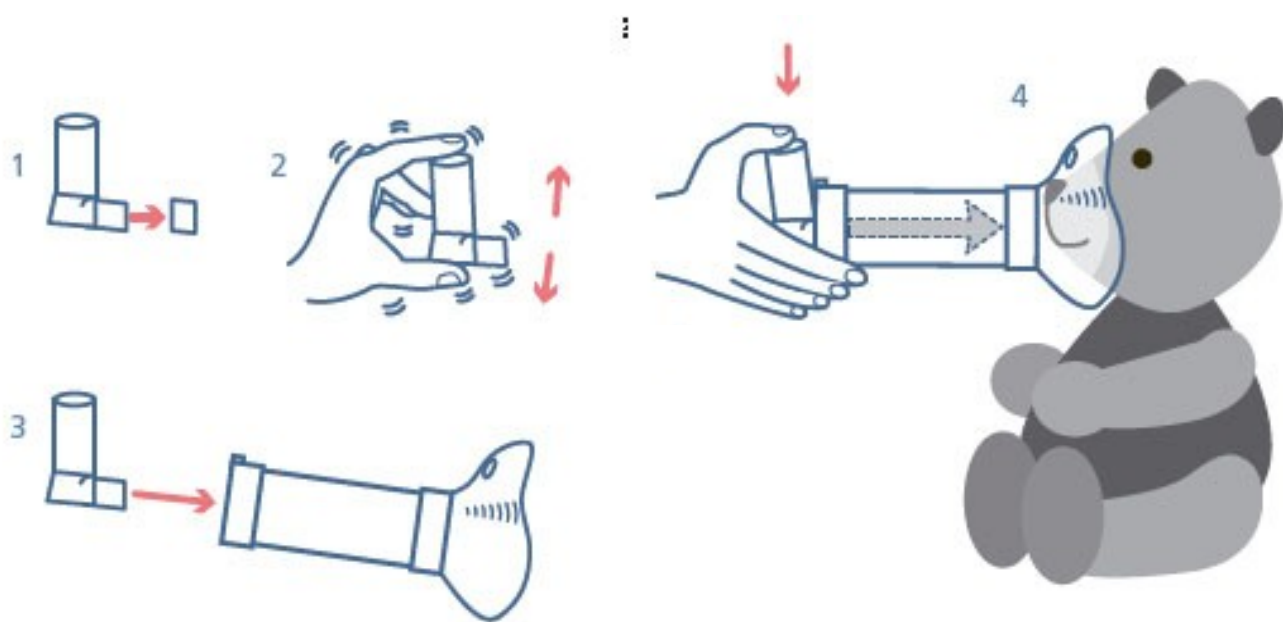
**Ripetere il ciclo: 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri, fino a 3 volte in totale.****Ogni ciclo deve essere distanziato di 20 minuti l'uno dall'altro**

**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 \_\_\_\_\_