

Modello

**PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE DEL BAMBINO ALLERGICO**

(a cura dello specialista o del Pediatra della rete allergologica )

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome : .....Nome : .....

Data di nascita:.....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:.....

.....

Scuola:..... Classe: .....

Padre: Nome: ..... Cognome: .....

Indirizzo ..... Tel. casa: .....

Tel. Lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Madre: Nome: ..... Cognome: .....

Indirizzo ..... Tel. casa: .....

Tel. Lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: .....Cognome: .....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

(2) Nome: ..... Cognome: .....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

Medico curante:

Nome: ..... Cognome: .....

Indirizzo: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

**Farmaci per la continuità terapeutica**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	.....	.....
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

**Premedicazione prima dell'attività fisica:**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	.....	.....
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

**□ Farmaci per Emergenza per Anafilassi**

Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1) Adrenalina autoiniettabile .....	.....	.....	.....
.....			
(2) Antistaminico per os.....	.....	.....	.....
.....			
(3) .....	.....	.....	.....

\* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

.....

**□ Farmaci per Emergenza per l'attacco acuto d'asma bronchiale**

Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1) Salbutamolo spray .....	.....	.....	.....
.....			
con distanziatore, ripetibile se necessario ogni 20 min fino ad un massimo di 3 dosi			
(2) .....	.....	.....	.....
.....			
(3) .....	.....	.....	.....

\* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Distanziatore appropriato .....

**Modalità di conservazione dei farmaci:**.....

Note

.....  
.....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

dott.....