

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.....