

# 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 febbrili in caso di temperatura  $\geq$  \_\_\_\_\_ ° C :

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,
  - non mettere nulla in bocca, slacciare ii vestiti, proteggere il capo,
  - 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.

data: .....

Timbro e Firma del medico