

BAMBINI AFFETTI DA ASMA BRONCHIALE \ BRONCOSPASMO
piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Classe _____

Allergia a : _____

Il/LA bambino/a è affetto/a da asma bronchiale allergico.

I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

- accessi di tosse e respiro accelerato, sibili espiratori, rientramenti tra le coste e sotto il diaframma

e in casi severi

- importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio

COSA FARE:

In caso di attacco acuto d'asma

- **chiamare SUBITO il 112**

- somministrare SUBITO con distanziatore:

Ventolin o Broncovaleas spray: 2 puff subito, ripetibili fino a 6-8 puff totali

.- agitare la bomboletta

.- due spruzzi di Ventolin o Broncovaleas nel distanziatore

.- 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca

.- ripetere i 5 respiri per ogni altro spruzzo di Ventolin o di Broncovaleas

Bentelan cp 1 mg: ___ compressa/e subito, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

avvisare poi la madre _____ il padre _____

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI

ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI

data

Firma del medico

Allegato 3

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

Il minore Cognome..... Nome Nato
il..... a..... Residente a In
via..... affetto dalla
seguente patologia:..... presenta la necessità di
somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:
Nome del farmaco da somministrare
quotidianamente:
..... Modalità di
somministrazione Orario di
somministrazione/dose
Modalità di conservazione del/i
farmaco/i:..... e/o Nome del farmaco da
somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:
..... Modalità di
somministrazione
Dose:.....
Modalità di conservazione del/i
farmaco/i:..... FAC-SIMILE e/o presenta
la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:
..... Modalità di
esecuzione: Orario di
esecuzione dell'intervento/i.....
Eventuali note:
.....
..... Luogo e data
Timbro e firma del medico (1) (1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o
che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico