

ASMA BRONCHIALE

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome * _____ Nato il * _____

CF/STP/ENI* _____ (16 caratteri) Scuola* _____

CLASSE/SEZIONE* _____ TELEFONO:* GENITORE 1 * _____ GENITORE 2* _____

*(CAMPI OBBLIGATI)

☐ ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE/CONDIZIONI CONCOMITANTI CHE POSSONO CONDIZIONARE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (SPECIFICARE)

(campo NON obbligato; ma se la voce viene fleggata, OBBLIGATORIO SPECIFICARE)

☐ ALUNNO MAGGIORENNE O PROSSIMO ALLA MAGGIORE ETÀ, NON AUTOSUFFICIENTE

- N.B.** 1. Per gli allergeni alimentari, compilare SOLTANTO specifico All.3 per "Allergie Alimentari"
2. In caso di rischio/pregressa Anafilassi concomitante, compilare SOLTANTO l'All. 3 "Doppia Diagnosi"

I SEGNI/SINTOMI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

- ACCESSI DI TOSSE STIZZOSA E PERSISTENTE, RESPIRO ACCELERATO, DIFFICOLTÀ A PARLARE, SIBILI ESPIRATORI, RIENTRAMENTI ALLA BASE DEL COLLO, TRA LE COSTE E SOTTO IL DIAFRAMMA (VISIBILI A TORACE NUDO)
- E IN CASI SEVERI: IMPORTANTE ED INVALIDANTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA ANCHE DOPO LA TERAPIA; CIANOSI (LABBRA, CUTE, UNGHIE BLUASTRE)

COSA FARE:

1. chiamare SUBITO il 112

2. somministrare CON DISTANZIATORE: (OBBLIGATO UN SOLO CAMPO dei SEGUENTI)

- | | |
|--|--------|
| ☐ VENTOLIN spray | oppure |
| ☐ BRONCOVALEAS spray | oppure |
| ☐ BREVA spray (broncodilatatore + cortisone) | oppure |
| ☐ SALBUTAMOLO spray GENERICO | |

3 puff (1 puff + 1 puff + 1 puff), distanziati un minuto l'uno dall'altro, ripetibili ogni 20 minuti fino ad un massimo di **3 volte totali** (massimo 9 puff in totale)

Vedi schema COME SOMMINISTRARE IL BRONCODILATATORE SPRAY a pagina 2

3. poi somministrare subito: (campi NON OBBLIGATI e che si escludono a vicenda)

- ☐ **BENTELAN compresse effervescenti:** ☐ **0,5 mg** ☐ **1 mg**

n° _____ compressa/e SCIOLTA/E SOTTO LA LINGUA O IN POCA ACQUA

- ☐ **Altro cortisonico** (SPECIFICARE) se questa voce viene fleggata, obbligatori tutti i campi seguenti

Nome Commerciale _____ Formulazione _____ Dosaggio _____ per bocca

4. avvisare poi i genitori

NB: TUTTI I FARMACI DEVONO ESSERE CONSERVATI A TEMPERATURA AMBIENTE, LONTANO DA FONTI DI CALORE, E RIPARATI DAL FREDDO E DAI RAGGI DIRETTI DEL SOLE.

EVENTUALI CORREZIONI/INTEGRAZIONI DEVONO ESSERE CORREDATE DA DATA, TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE.

IL PRESENTE MODULO EDITABILE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, TRASFORMATO IN PDF NON MODIFICABILE E FIRMATO DIGITALMENTE

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del MEDICO*

DATA* _____

(campi obbligati)*

COME SOMMINISTRARE IL BRONCODILATATORE SPRAY

