

CRISI CONVULSIVE

Piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome* _____ Nato il * _____

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

Classe/Sezione* _____ Telefono: genitore 1 * _____ genitore 2* _____

**(TUTTI 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 flegata, OBBLIGATORIO SPECIFICARE)

☐ **ALUNNO MAGGIORENNE O PROSSIMO ALLA MAGGIORE ETA', NON AUTOSUFFICIENTE**

SEGNI/SINTOMI DI CRISI CONVULSIVA INCLUDONO:

BREVI MOMENTI DI DISTACCO MENTALE, SGUARDO FISSO NEL VUOTO, PERDITA DI COSCIENZA CON CADUTA A TERRA, IRRIGIDIMENTO DELLA MUSCOLATURA, RETROVERSIONE DEGLI OCCHI, ALTERAZIONI DEL RESPIRO CON LABBRA BLUASTRE, SERRAMENTO DELLA MANDIBOLA, SCHIUMA ALLA BOCCA, MORSICATURA DELLA LINGUA E/O DELLE GUANCE, SCOSSE DEGLI ARTI, PERDITA INVOLONTARIA DI FECI O URINE.

IN CASO DI FEBBRE (Temperatura esterna $\geq 37,5^{\circ}$) somministrare l'antifebbre

☐ Si ☐ No

Nome Commerciale (non principio attivo) del farmaco _____

formulazione (obbligatorio flegare una voce soltanto):

- ☐ sciroppo
- ☐ bustine
- ☐ compresse
- ☐ supposte
- ☐ sospensione
- ☐ capsule
- ☐ compresse effervescenti
- ☐ gocce
- ☐ Altra formulazione (specificare) _____

dosaggio _____ **via di somministrazione** ☐ orale ☐ rettale

POI AVVISARE I GENITORI

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 i vestiti
- PROTEGGERE IL CAPO
- guardare l'orologio per vedere QUANTO DURA LA CRISI
- **SE LA CRISI HA DURATA maggiore di minuti SOMMINISTRARE:**
(obbligatorio compilare)
(obbligatorio scegliere SOLTANTO UNO dei due farmaci con relativo dosaggio)

- **BUCCOLAM SOLUZIONE ORO-MUCOSALE - SIRINGA**

via di somministrazione: nello spazio tra l'interno della guancia e la gengiva inferiore

DOSAGGIO DEL FARMACO SCELTO: ☐ 2,5mg ☐ 5mg ☐ 7,5mg ☐ 10mg

oppure

- **MICROPAM SOLUZIONE RETTALE - MICROCLISMA**

via di somministrazione: per via ano-rettale

DOSAGGIO DEL FARMACO SCELTO: ☐ 5mg/2,5ml ☐ 10mg/2,5ml

Poi AVVISARE 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

Data* _____

*(Campi obbligati)

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del medico* _____