

PROFILASSI ASMA DA SFORZO

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 fleggata, OBBLIGATORIO SPECIFICARE)

☐ ALUNNO MAGGIORENNE O PROSSIMO ALLA MAGGIORE ETÀ, NON AUTOSUFFICIENTE

In alcuni soggetti, l'attacco acuto di asma può essere indotto dallo sforzo fisico (educazione motoria, lunghe camminate, gioco fisicamente impegnativo - es. calcio, corsa nel cortile, ecc.)

IN CASO DI PREVISTO SFORZO FISICO, per prevenire l'insorgenza di sintomi, **15 minuti prima di iniziare l'attività fisica somministrare: (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 di un minuto l'uno dall'altro)

1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri

NEL CASO DI COMPARSA DI SEGNI/SINTOMI DI ATTACCO ACUTO DI ASMA

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)

1) ALLERTARE IL 112

2) POI:a) se il bambino ha solo questa prescrizione:

ripetere il ciclo dei passaggi, ogni 20 minuti, fino ad un massimo di 3 volte totali

b) se invece il bambino ha anche la prescrizione specifica per asma:

passare alla scheda ASMA BRONCHIALE

3) Infine 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

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del MEDICO*

DATA* _____

*(campi obbligati)

COME SOMMINISTRARE IL BRONCODILATATORE SPRAY

