

Piano di intervento contro l'asma

Data di compilazione _____

Nome	Data di nascita	Classe/Insegnante
Operatore sanitario	Numero di telefono d'ufficio dell'operatore sanitario	Numero di cartella medica
Genitore/tutore	Numero di telefono	Numero di telefono alternativo
Genitore/tutore/contatto di emergenza alternativo	Numero di telefono	Numero di telefono alternativo

DIAGNOSI DI GRAVITÀ DELL'ASMA

 Intermittente Persistente [Lieve Moderata Grave]

TRIGGER DELL'ASMA (Fattori che peggiorano l'asma)

 Fumo Raffreddore Attività fisica Animali Polvere Alimentazione
 Condizioni atmosferiche Odori Polline Altro _____

ZONA VERDE: VIA LIBERA!

Rientri in TUTTE queste descrizioni:

- Respiri facilmente
- Niente tosse né sibili
- Puoi lavorare e giocare
- Riesci a dormire tutta la notte



Assumi questi FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI (PREVENZIONE) OGNI GIORNO

 Non hai bisogno di assumere farmaci di controllo giornalieri Farmaci di controllo giornaliero: _____ _____

Effettui _____ inalazioni o assumi _____ compresse _____ ogni giorno.

 Per prevenire l'asma in seguito ad attività fisica, AGGIUNGI: _____

_____ inalazioni con distanziatore _____ minuti prima dell'attività fisica

RICORDATI DI SCIACQUARE SEMPRE BENE LA BOCCA DOPO L'INALAZIONE GIORNALIERA.

ZONA GIALLA: ATTENZIONE!

Ti trovi in UNA O PIÙ di queste situazioni:

- Sibili lievi o raffreddore
- Senso di pesantezza al torace
- Respiro corto
- Difficoltà a dormire, lavorare o giocare



Continua ad assumere i FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI e AGGIUNGI farmaci a SOLLIEVO RAPIDO

Assumi il farmaco di controllo giornaliero, se indicato dal medico, e aggiungi questo farmaco a sollievo rapido se hai problemi respiratori:

 _____ inalatore _____ mcg

Effettua _____ inalazioni ogni _____ ore, se necessario. Utilizza sempre un distanziatore. Alcuni bambini potrebbero aver bisogno di una maschera.

 _____ nebulizzatore _____ mg / _____ ml
Effettua un trattamento di nebulizzazione _____ ogni _____ ore, se necessario. Altro _____

Se il farmaco a sollievo rapido non FA EFFETTO entro _____ minuti, assumilo di nuovo e CHIAMA il tuo operatore sanitario

Se hai utilizzato il farmaco a sollievo rapido più di _____ volte in _____ ore, CHIAMA il tuo operatore sanitario

SE RIMANI NELLA ZONA GIALLA PER PIÙ DI 24 ORE, CHIAMA IL TUO OPERATORE SANITARIO.

ZONA ROSSA: EMERGENZA!

Ti trovi in UNA O PIÙ di queste situazioni:

- Respiro molto corto
- Il farmaco non fa effetto
- Respirazione affannosa e accelerata
- Narici spalancate, costole visibili, difficoltà a parlare
- Labbra o unghie grigie o bluastre



Continua ad assumere i FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI e i farmaci a SOLLIEVO RAPIDO e CHIEDI AIUTO!

 _____ inhaler _____ mcg
Effettua _____ inalazioni ogni _____ ore, se necessario. Utilizza sempre un distanziatore. Alcuni bambini potrebbero aver bisogno di una maschera. _____ nebulizzatore _____ mg / _____ ml
Effettua un trattamento di nebulizzazione _____ ogni _____ ore, se necessario. Altro _____**CHIAMA DI NUOVO L'OPERATORE SANITARIO DURANTE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO A SOLLIEVO RAPIDO. Qualora l'operatore sanitario non sia raggiungibile, CHIAMA IL 911 PER CHIEDERE UN'AMBULANZA O VAI DIRETTAMENTE AL PRONTO SOCCORSO!**

AUTORIZZAZIONI NECESSARIE PER L'USO DEI FARMACI A SCUOLA

Autorizzazione dell'operatore sanitario: Questo piano deve essere seguito rispettando le indicazioni. Questo piano è valido per l'anno scolastico _____ - _____.

Firma _____ Data _____

Autorizzazione del genitore/tutore: Autorizzo il personale medico scolastico a somministrare i farmaci indicati in questo piano o il personale scolastico ad assistere mio figlio per l'assunzione dei farmaci, previo controllo del personale medico scolastico. Questo piano verrà condiviso con il personale responsabile dell'assistenza di mio figlio.

Firma _____ Data _____

AUTORIZZAZIONI AGGIUNTIVE PER LA DETENZIONE E L'USO AUTONOMO DI FARMACI A SCUOLA

Autorizzazione alla detenzione e all'uso autonomo dell'operatore sanitario: Attesto che lo studente ha dimostrato al sottoscritto di essere in grado di assumere autonomamente in modo efficace questo farmaco di emergenza, e che pertanto può detenere e utilizzare questo farmaco a scuola in modo indipendente e senza supervisione da parte del personale scolastico.

Firma _____ Data _____

Autorizzazione alla detenzione e all'uso autonomo del genitore/tutore (se richiesto dall'operatore sanitario sopra indicato) Approvo che mio figlio sia in grado di assumere autonomamente in modo efficace questo farmaco di emergenza, e che pertanto possa detenere e utilizzare questo farmaco a scuola in modo indipendente e senza supervisione da parte del personale scolastico.

Firma _____ Data _____

Piano di intervento contro l'asma

Data di compilazione _____

Nome	Data di nascita	Classe/Insegnante
Operatore sanitario	Numero di telefono d'ufficio dell'operatore sanitario	Numero di cartella medica
Genitore/tutore	Numero di telefono	Numero di telefono alternativo
Genitore/tutore/contatto di emergenza alternativo	Numero di telefono	Numero di telefono alternativo

DIAGNOSI DI GRAVITÀ DELL'ASMA

Intermittente Persistente [Lieve Moderata Grave]

TRIGGER DELL'ASMA (Fattori che peggiorano l'asma)

Fumo Raffreddore Attività fisica Animali Polvere Alimentazione
 Condizioni atmosferiche Odori Polline Altro _____

ZONA VERDE: VIA LIBERA!

Assumi questi **FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI (PREVENZIONE) OGNI GIORNO**

Rientri in TUTTE queste descrizioni:



- Respiri facilmente
- Niente tosse né sibili
- Puoi lavorare e giocare
- Riesci a dormire tutta la notte

Non hai bisogno di assumere farmaci di controllo giornalieri

Farmaci di controllo giornaliero: _____

Effettui _____ inalazioni o assumi _____ compresse _____ ogni giorno.

Per prevenire l'asma in seguito ad attività fisica, AGGIUNGI: _____

_____ inalazioni con distanziatore _____ minuti prima dell'attività fisica

RICORDATI DI SCIACQUARE SEMPRE BENE LA BOCCA DOPO L'INALAZIONE GIORNALIERA.

ZONA GIALLA: ATTENZIONE!

Continua ad assumere i **FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI** e **AGGIUNGI farmaci a SOLLIEVO RAPIDO**

Ti trovi in UNA O PIÙ di queste situazioni:



- Sibili lievi o raffreddore
- Senso di pesantezza al torace
- Respiro corto
- Difficoltà a dormire, lavorare o giocare

Assumi il farmaco di controllo giornaliero, se indicato dal medico, e aggiungi questo farmaco a sollievo rapido se hai problemi respiratori:

_____ inalatore _____ mcg

Effettua _____ inalazioni ogni _____ ore, se necessario. Utilizza sempre un distanziatore. Alcuni bambini potrebbero aver bisogno di una maschera.

_____ nebulizzatore _____ mg / _____ ml

Effettua un trattamento di nebulizzazione _____ ogni _____ ore, se necessario.

Altro _____

Se il farmaco a sollievo rapido non FA EFFETTO entro _____ minuti, assumilo di nuovo e CHIAMA il tuo operatore sanitario

Se hai utilizzato il farmaco a sollievo rapido più di _____ volte in _____ ore, CHIAMA il tuo operatore sanitario

SE RIMANI NELLA ZONA GIALLA PER PIÙ DI 24 ORE, CHIAMA IL TUO OPERATORE SANITARIO.

ZONA ROSSA: EMERGENZA!

Continua ad assumere i **FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI** e i farmaci a **SOLLIEVO RAPIDO** e **CHIEDI AIUTO!**

Ti trovi in UNA O PIÙ di queste situazioni:



- Respiro molto corto
- Il farmaco non fa effetto
- Respirazione affannosa e accelerata
- Narici spalancate, costole visibili, difficoltà a parlare
- Labbra o unghie grigie o bluastre

_____ inhaler _____ mcg

Effettua _____ inalazioni ogni _____ ore, se necessario. Utilizza sempre un distanziatore. Alcuni bambini potrebbero aver bisogno di una maschera.

_____ nebulizzatore _____ mg / _____ ml

Effettua un trattamento di nebulizzazione _____ ogni _____ ore, se necessario.

Altro _____

CHIAMA DI NUOVO L'OPERATORE SANITARIO DURANTE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO A SOLLIEVO RAPIDO.

Qualora l'operatore sanitario non sia raggiungibile, CHIAMA IL 911 PER CHIEDERE UN'AMBULANZA O VAI DIRETTAMENTE AL PRONTO SOCCORSO!

AUTORIZZAZIONI NECESSARIE PER L'USO DEI FARMACI A SCUOLA

Autorizzazione dell'operatore sanitario: Questo piano deve essere seguito rispettando le indicazioni. Questo piano è valido per l'anno scolastico _____ - _____.

Firma _____ Data _____

Autorizzazione del genitore/tutore: Autorizzo il personale medico scolastico a somministrare i farmaci indicati in questo piano o il personale scolastico ad assistere mio figlio per l'assunzione dei farmaci, previo controllo del personale medico scolastico. Questo piano verrà condiviso con il personale responsabile dell'assistenza di mio figlio.

Firma _____ Data _____

AUTORIZZAZIONI AGGIUNTIVE PER LA DETENZIONE E L'USO AUTONOMO DI FARMACI A SCUOLA

Autorizzazione alla detenzione e all'uso autonomo dell'operatore sanitario: Attesto che lo studente ha dimostrato al sottoscritto di essere in grado di assumere autonomamente in modo efficace questo farmaco di emergenza, e che pertanto può detenere e utilizzare questo farmaco a scuola in modo indipendente e senza supervisione da parte del personale scolastico.

Firma _____ Data _____

Autorizzazione alla detenzione e all'uso autonomo del genitore/tutore (se richiesto dall'operatore sanitario sopra indicato) Approvo che mio figlio sia in grado di assumere autonomamente in modo efficace questo farmaco di emergenza, e che pertanto possa detenere e utilizzare questo farmaco a scuola in modo indipendente e senza supervisione da parte del personale scolastico.

Firma _____ Data _____

Piano di intervento contro l'asma

Data di compilazione _____

Nome	Data di nascita	Classe/Insegnante
Operatore sanitario	Numero di telefono d'ufficio dell'operatore sanitario	Numero di cartella medica
Genitore/tutore	Numero di telefono	Numero di telefono alternativo
Genitore/tutore/contatto di emergenza alternativo	Numero di telefono	Numero di telefono alternativo

DIAGNOSI DI GRAVITÀ DELL'ASMA

Intermittente Persistente [Lieve Moderata Grave]

TRIGGER DELL'ASMA (Fattori che peggiorano l'asma)

Fumo Raffreddore Attività fisica Animali Polvere Alimentazione
 Condizioni atmosferiche Odori Polline Altro _____

ZONA VERDE: VIA LIBERA!

Assumi questi **FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI (PREVENZIONE) OGNI GIORNO**

Rientri in TUTTE queste descrizioni:



- Respiri facilmente
- Niente tosse né sibili
- Puoi lavorare e giocare
- Riesci a dormire tutta la notte

Non hai bisogno di assumere farmaci di controllo giornalieri

Farmaci di controllo giornaliero: _____

Effettui _____ inalazioni o assumi _____ compresse _____ ogni giorno.

Per prevenire l'asma in seguito ad attività fisica, AGGIUNGI: _____

_____ inalazioni con distanziatore _____ minuti prima dell'attività fisica

RICORDATI DI SCIACQUARE SEMPRE BENE LA BOCCA DOPO L'INALAZIONE GIORNALIERA.

ZONA GIALLA: ATTENZIONE!

Continua ad assumere i **FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI** e **AGGIUNGI farmaci a SOLLIEVO RAPIDO**

Ti trovi in UNA O PIÙ di queste situazioni:



- Sibili lievi o raffreddore
- Senso di pesantezza al torace
- Respiro corto
- Difficoltà a dormire, lavorare o giocare

Assumi il farmaco di controllo giornaliero, se indicato dal medico, e aggiungi questo farmaco a sollievo rapido se hai problemi respiratori:

_____ inalatore _____ mcg

Effettua _____ inalazioni ogni _____ ore, se necessario. Utilizza sempre un distanziatore. Alcuni bambini potrebbero aver bisogno di una maschera.

_____ nebulizzatore _____ mg / _____ ml

Effettua un trattamento di nebulizzazione _____ ogni _____ ore, se necessario.

Altro _____

Se il farmaco a sollievo rapido non FA EFFETTO entro _____ minuti, assumilo di nuovo e CHIAMA il tuo operatore sanitario

Se hai utilizzato il farmaco a sollievo rapido più di _____ volte in _____ ore, CHIAMA il tuo operatore sanitario

SE RIMANI NELLA ZONA GIALLA PER PIÙ DI 24 ORE, CHIAMA IL TUO OPERATORE SANITARIO.

ZONA ROSSA: EMERGENZA!

Continua ad assumere i **FARMACI DI CONTROLLO GIORNALIERI** e i farmaci a **SOLLIEVO RAPIDO** e **CHIEDI AIUTO!**

Ti trovi in UNA O PIÙ di queste situazioni:



- Respiro molto corto
- Il farmaco non fa effetto
- Respirazione affannosa e accelerata
- Narici spalancate, costole visibili, difficoltà a parlare
- Labbra o unghie grigie o bluastre

_____ inhaler _____ mcg

Effettua _____ inalazioni ogni _____ ore, se necessario. Utilizza sempre un distanziatore. Alcuni bambini potrebbero aver bisogno di una maschera.

_____ nebulizzatore _____ mg / _____ ml

Effettua un trattamento di nebulizzazione _____ ogni _____ ore, se necessario.

Altro _____

CHIAMA DI NUOVO L'OPERATORE SANITARIO DURANTE L'ASSUNZIONE DEL FARMACO A SOLLIEVO RAPIDO.

Qualora l'operatore sanitario non sia raggiungibile, CHIAMA IL 911 PER CHIEDERE UN'AMBULANZA O VAI DIRETTAMENTE AL PRONTO SOCCORSO!

AUTORIZZAZIONI NECESSARIE PER L'USO DEI FARMACI A SCUOLA

Autorizzazione dell'operatore sanitario: Questo piano deve essere seguito rispettando le indicazioni. Questo piano è valido per l'anno scolastico _____ - _____.

Firma _____ Data _____

Autorizzazione del genitore/tutore: Autorizzo il personale medico scolastico a somministrare i farmaci indicati in questo piano o il personale scolastico ad assistere mio figlio per l'assunzione dei farmaci, previo controllo del personale medico scolastico. Questo piano verrà condiviso con il personale responsabile dell'assistenza di mio figlio.

Firma _____ Data _____

AUTORIZZAZIONI AGGIUNTIVE PER LA DETENZIONE E L'USO AUTONOMO DI FARMACI A SCUOLA

Autorizzazione alla detenzione e all'uso autonomo dell'operatore sanitario: Attesto che lo studente ha dimostrato al sottoscritto di essere in grado di assumere autonomamente in modo efficace questo farmaco di emergenza, e che pertanto può detenere e utilizzare questo farmaco a scuola in modo indipendente e senza supervisione da parte del personale scolastico.

Firma _____ Data _____

Autorizzazione alla detenzione e all'uso autonomo del genitore/tutore (se richiesto dall'operatore sanitario sopra indicato) Approvo che mio figlio sia in grado di assumere autonomamente in modo efficace questo farmaco di emergenza, e che pertanto possa detenere e utilizzare questo farmaco a scuola in modo indipendente e senza supervisione da parte del personale scolastico.

Firma _____ Data _____