



**PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE DELLO STUDENTE/STUDENTESSA
CON EPILESSIA**

(a cura dello specialista)

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI
PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALLO
STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome: _____ Nome : _____

Data di nascita _____

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza

Scuola ITT BUONARROTI - TRENTO Classe _____

Padre: Nome: _____ Cognome: _____..

Indirizzo _____ Tel. casa: _____ Tel. Lavoro: _____

Tel. Cellulare: _____...

Madre: Nome: _____ Cognome: _____..

Indirizzo _____ Tel. casa: _____ Tel. Lavoro: _____

Tel. Cellulare: _____...

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: _____ Cognome: _____

Relazione con lo studente/studentessa: _____ Tel.: _____ cellulare: _____

(2) Nome: _____ Cognome: _____



Relazione con lo studente/studentessa: _____. Tel.: ____ cellulare: _____

Medico curante:

Nome: _____. Cognome: _____

Indirizzo: _____ Tel.: _____ cellulare: _____

☐ **Farmaci per la continuità terapeutica**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	_____.	_____.
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

Data _____.

Timbro e firma del Medico

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA/CRISI FEBBRILE
PROLUNGATA**

(a cura dello Specialista)

Somministrazione di Diazepam

Si certifica che lo studente/ssa _____, nato/a il _____ ha diagnosi di

In caso di crisi convulsiva si consiglia di porre il/la studente/ssa in posizione di sicurezza su di un fianco e, nel caso in cui la crisi si prolunghi oltre i _____ minuti, si dà indicazione alla somministrazione di Micropam (microclisma) _____ (specificare la dose) per via endorettale

Il farmaco si può conservare in frigorifero o a temperatura ambiente, purché lontano da fonti di calore.

Si dichiara, inoltre, che si tratta di un farmaco che può essere somministrato da personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si rilascia per gli usi consentiti

Data _____.

dott. _____.

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA/CRISI FEBBRILE
PROLUNGATA**

(a cura dello Specialista)

Somministrazione di Midazolam

Si certifica che lo studente/ssa _____

nato/a il _____ ha diagnosi
di _____

In caso di crisi convulsiva si consiglia di porre il paziente in posizione di sicurezza su di un fianco e, nel caso in cui la crisi si prolunghi oltre i cinque minuti, si dà indicazione alla somministrazione di Buccolam©

_____ (specificare la dose) oro-mucosale.

L'intera quantità deve essere inserita lentamente nello spazio tra la gengiva e la guancia metà dose da un lato e metà dall'altro.

Se la crisi non cessa entro 1 minuto dalla somministrazione di midazolam, deve essere richiesta assistenza medica d'emergenza e la siringa vuota deve essere consegnata all'operatore sanitario, per fornire informazioni sulla dose ricevuta dal paziente.

Quando le crisi si ripresentano dopo una risposta iniziale, una seconda dose o una dose ripetuta non deve essere somministrata senza consultare prima il medico.

Il farmaco si può conservare a temperatura ambiente, purché lontano da fonti di calore.

Si dichiara, inoltre, che si tratta di un farmaco che può essere somministrato da personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento. La somministrazione del farmaco è ripetibile a breve distanza da precedente somministrazione in caso della persistenza di crisi convulsiva SOLO da personale medico specializzato.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

dott._____.