

Name: _____ Data di nascita: _____

Asthma Severity: Intermittente Lieve e persistente Moderata e persistente Grave e persistente
 Ha avuto numerosi o gravi attacchi/riacutizzazioni di asma

 **Zona verde** Somministrare al bambino questi farmaci ogni giorno, anche quando si sente bene.


Usare sempre un distanziatore per inalatori, come indicato.

Farmaci di controllo: _____

Farmaci di controllo somministrati a scuola: _____

Farmaci di salvataggio: _____ inalazioni ogni quattro ore in caso di necessità

Farmaci per l'esercizio fisico: _____ inalazioni ogni 15 minuti prima dell'esercizio fisico
 in caso di necessità

 **Zona gialla** Iniziare il piano di trattamento sintomatico se il bambino presenta tosse, respiro sibilante, respiro corto o oppressione al petto. Somministrare i seguenti farmaci in presenza di sintomi.

Farmaci di salvataggio: _____ inalazioni ogni 4 ore in caso di necessità


Farmaci di controllo:

Continuare a somministrare i farmaci di zona verde: _____

Aggiungere: _____

Modificare: _____

Se il bambino permane in zona **gialla** per più di **24** ore o peggiora, attenersi alla procedura della zona rossa e rivolgersi immediatamente al medico!

 **Zona Rossa** In caso di respiro accelerato, difficoltà a respirare, costole che sporgono, difficoltà a camminare, parlare o dormire.
Chiedere aiuto immediatamente

Somministrare subito i farmaci di salvataggio

Farmaci di salvataggio: _____ inalazioni ogni _____

Somministrare: _____

Se il bambino non migliora all'istante, chiamare il 911
 Rivolgersi al medico ogni volta che il bambino è in zona rossa.

Fattori scatenanti dell'asma: (elenco)

Personale scolastico: attenersi alla procedura di zona gialla e di zona rossa per la somministrazione dei farmaci di salvataggio a seconda dei sintomi dell'asma. Salvo diversa indicazione, gli unici farmaci di controllo da somministrare a scuola sono quelli indicati come "somministrati a scuola" nella zona verde.

- Sia lo specialista che i genitori approvano l'autosomministrazione mediante inalatori da parte del bambino a scuola
- L'infermiere scolastico approva l'autosomministrazione mediante inalatori

Nome e informazioni di contatto dello specialista:

Firma dello specialista::

Data:

Genitore/Tutore legale: Autorizzo la somministrazione dei farmaci elencati nel piano d'azione a scuola da parte dell'infermiere o di altri membri del personale scolastico, a seconda dei casi. Acconsento alla comunicazione e allo scambio di informazioni tra lo specialista/la clinica, l'infermiere scolastico, il consulente medico scolastico e gli operatori sanitari scolastici per la gestione dell'asma e la somministrazione di questi farmaci.

Firma del genitore/tutore legale:

Approvato dall'infermiere scolastico:

Data:

Data:

Si prega di inviare una copia firmata allo specialista indicato sopra.