

Nome dello studente: _____ Data di nascita: _____

Farmaci di salvataggio per l'asma:

Si veda il **Piano d'azione per l'asma allegato**:

Si prega di attenersi al piano di trattamento specificato per la Zona verde in caso di attività/esercizio fisico e al piano di salvataggio per le zone verde, gialla e rossa in base ai sintomi. I farmaci di salvataggio includono albuterolo, levalbuterolo, budesonide/formoterolo, mometasone/formoterolo e possono includere steroidi per via inalatoria combinati ad albuterolo e levalbuterolo.

Gli effetti collaterali comuni di questi farmaci di salvataggio includono aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, nervosismo e infezioni alla bocca. Si raccomanda di sciacquare la bocca dopo l'uso. La dose massima di budesonide/formoterolo o mometasone/formoterolo in un giorno è la seguente: 8 inalazioni (<12 anni), 12 inalazioni (>12 anni).

Lo studente può portare con sé il proprio inalatore e autosomministrarsi il farmaco

Il trattamento previo all'attività fisica deve essere somministrato:

Per tutte le attività Solo quando il bambino o il personale scolastico lo ritengono necessario

Nel caso in cui uno studente entri in Zona rossa, somministrare immediatamente il trattamento di salvataggio e chiamare il 911. Attenersi ai piani di emergenza della scuola, in conformità con la politica della scuola.

Farmaci di controllo:

A scuola possono essere somministrati solo i seguenti farmaci di controllo o steroidi:

	Dose mattutina	Dose pomeridiana

Se non elencati nel Piano d'azione per l'asma:

Fattori scatenanti:

I fattori scatenanti specifici della scuola includono: _____

Gravità dell'asma: Intermittente Lieve Persistente Moderata e persistente Grave e persistente
 Persistente Moderata e persistente Grave e persistente Ha avuto numerosi o gravi attacchi/riacutizzazioni di asma

Contattare lo specialista qui indicato per qualsiasi domanda o dubbio riguardo alle presenti disposizioni o nel caso in cui lo studente non disponga dei farmaci adeguati/corretti a scuola.

Nome e informazioni di contatto dello specialista:

Firma dello specialista:

Data:

Autorizzazione del genitore/tutore legale: Autorizzo la somministrazione a scuola dei farmaci elencati nel Piano d'azione per l'asma da parte dell'infermiere scolastico o di altri membri del personale scolastico, in conformità con la politica della scuola. Acconsento alla condivisione di informazioni sanitarie tra lo specialista/la clinica, l'infermiere scolastico e il consulente medico scolastico per la gestione dell'asma e la somministrazione di questi farmaci.

Firma del genitore/tutore legale:

Data:

Per l'uso a scuola: L'Infermiere scolastico acconsente all'autosomministrazione mediante inalatore da parte dello studente

Firma dell'infermiere scolastico:

Data:

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