

REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 «CHIAVARESE»
CHIAVARI

DELIBERAZIONE N. 204 DEL 22 APR. 2014

Oggetto: assistenza scolastica degli alunni con patologie croniche e necessità di somministrazione di farmaci.
Procedure specifiche per i bambini affetti da patologie croniche (diabete, ipersensibilità alimentari, malattie metaboliche, sindromi malformative, epilessia) o affetti da allergie (alimentari e respiratorie) che hanno necessità, durante la permanenza a scuola, di interventi a tutela della loro salute.

Presso la sede degli uffici amministrativi dell'A.S.L. 4, sita in Chiavari, Via G.B. Ghio, 9

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Paolo Cavagnaro,

Vista la L. n. 833/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale", ed in particolare l'art. 2, comma 2, lett. d);

Visto il D.P.R. n. 275/1999, Regolamento recante norme in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, ai sensi dell'art. 21 della legge 15 marzo 1997, n. 59;

Vista la Legge 28 marzo 2003 n. 53 "delega al Governo per la definizione delle norme generali dell'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale" e richiamato in particolare l'art.2 comma 1 lett. c) che assicura a tutti il diritto all'istruzione;

Visto l' "Atto di Raccomandazioni del 25 novembre 2005 contenente le Linee-Guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico", predisposto dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute;

Richiamata la deliberazione n. 884/2009 che, recependo le indicazioni di cui al predetto Atto di Raccomandazioni del 25/11/2005, stabilisce la procedura, concordata con le Istituzioni Scolastiche Autonome del territorio dell'ASL 4 Chiavarese, da seguire nei confronti degli alunni che necessitano di somministrazione di farmaci sia in urgenza che routinariamente durante la permanenza a scuola;

Preso atto dell'applicazione di detta procedura e delle diverse, molteplici e differenziate necessità che si sono evidenziate nel corso degli anni di applicazione, non sempre riconducibili alla somministrazione del solo farmaco "adrenalina autoiniettabile";

Preso atto che la gestione scolastica degli alunni con patologie croniche richiede una presa in carico congiunta da parte delle istituzioni scolastiche e sanitarie e della famiglia e che tale presa in carico necessita anche della condivisione delle caratteristiche della patologia stessa e delle sue implicazioni nella quotidianità della frequenza scolastica;

Preso atto che il trattamento d'urgenza delle patologie di riscontro in ambito scolastico è costituito dalla somministrazione di farmaci specifici, ed è codificato da letteratura scientifica, linee guida e documenti di consenso internazionalmente riconosciuti e che tali trattamenti sono di primo intervento e non sostituiscono il successivo trattamento medico;

Preso atto che tale attività di soccorso e l'assistenza rientrano in un piano terapeutico stabilito da sanitari della ASL o di Centri di Riferimento regionali, la cui omissione può causare gravi danni alla persona e che la prestazione di soccorso e l'assistenza viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;

Considerato che si è ritenuto opportuno prevedere procedure specifiche (Allegato A) per la gestione scolastica, la prevenzione degli eventi avversi e la somministrazione di farmaci in ambito scolastico rivolte ad alunni con patologia cronica, e che le stesse sono state elaborate ed approvate dalle strutture Aziendali S.C. Igiene e Sanità Pubblica, S.C. Pediatria, S.C. Medicina Sestri Levante (Ambulatorio di Allergologia), S.C. Sicurezza Alimentare, S.S. Centrale Operativa 118, S.C. Pronto soccorso, S.S.D. Farmaceutica ospedaliera;

Considerato che per la somministrazione dei farmaci di primo intervento adrenalina, salbutamolo, diazepam non sono richieste cognizioni specialistiche di tipo sanitario o discrezionalità e che la formazione specifica del personale scolastico è garantita dall'applicazione delle procedure sopracitate;

Considerato che tali procedure sono state sottoposte al parere della Rete delle Istituzioni scolastiche Tigullio - Golfo Paradiso "C. Merani" ed approvate in data 13 febbraio 2014;

Preso atto che è stato deciso di fornire ai plessi scolastici il farmaco di primo intervento "adrenalina autoiniezzabile" ;

Considerato che a seguito di ricognizione effettuata, al momento, risultano nel comprensorio dell'ASL 4 Chiavarese n. 14 alunni per i quali è attiva la procedura di somministrazione di adrenalina in ambito scolastico e pertanto si presume una spesa di circa € 700 per l'anno scolastico 2014/2015 e che il fabbisogno per gli anni successivi verrà determinato prima della ripresa delle attività scolastiche;

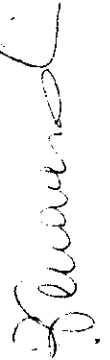
Su conforme proposta del Direttore f.f. della S.C. Igiene e Sanità Pubblica;

Preso atto del parere espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

- di approvare le procedure specifiche per la gestione scolastica, la prevenzione degli eventi avversi e la somministrazione di farmaci in ambito scolastico rivolte ad alunni con patologia cronica, elaborate dalle strutture Aziendali S.C. Igiene e Sanità Pubblica, S.C. Pediatria, S.C. Medicina Sestri Levante (Ambulatorio di Allergologia), S.C. Igiene degli Alimenti e Nutrizione, approvate da S.S. Centrale Operativa 118, S.C. Pronto

IL RESPONSABILE U.O. PROPONENTE



2
204
DELIBERA 22 APR. 2014

Soccorso, S.S.D. Farmaceutica ospedaliera e concordate con la Rete delle Istituzioni scolastiche Tigullio - Golfo Paradiso "C. Merani", contenute nell'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera;

- di prendere atto che le procedure ed i documenti precedenti (deliberazione 884/2009 e nota prot. n. 40387 del 21/10/2008) sono superate ed integrate nelle procedure attuali;

- di dare atto che la spesa derivante dal presente provvedimento ammonta a circa € 700,00 e fa riferimento all'autorizzazione n.2014/01 conto 120.05.005 - specialità medicinali;

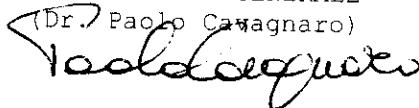
- di dare atto che il titolare dell'autorizzazione di spesa ha verificato la compatibilità della spesa di cui sopra con la capienza dell'autorizzazione definita nell'ambito del Bilancio di Previsione d'esercizio, tenuto conto dei provvedimenti sulla materia insistenti;

- di inoltrare copia del presente provvedimento alle strutture ASL di competenza, ai pediatri di libera scelta, ai medici di medicina generale, ai dirigenti scolastici delle scuole del I° e II° ciclo, ai responsabili comunali dei servizi socio-educativi per la prima infanzia, ai Comuni, alla Regione Liguria e all'Ufficio Scolastico Provinciale.

MPF/eb

IL DIRETTORE GENERALE

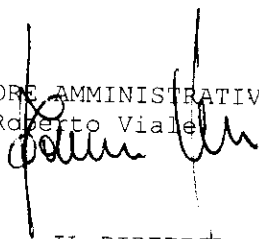
(Dr. Paolo Cavagnaro)



Per il parere espresso

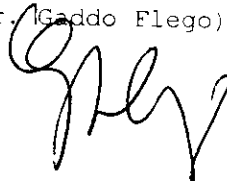
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Roberto Viale)



IL DIRETTORE SANITARIO

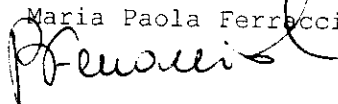
(Dr. Gaddo Flego)



IL DIRETTORE f.f.

S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA PROPONENTE

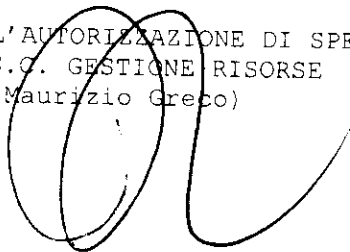
(Dr.ssa Maria Paola Ferreccioli)



IL TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE DI SPESA

DIRETTORE S.C. GESTIONE RISORSE

(Dott. Maurizio Greco)

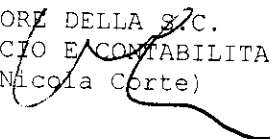


Visto in ordine alla regolarità contabile

IL DIRETTORE DELLA S.C.

BILANCIO E CONTABILITA'

(Dott. Nicola Corte)



PROCEDURA PER L'ASSISTENZA SCOLASTICA DEGLI ALUNNI AFFETTI DA :

ALLERGIA ALIMENTARE
ALLERGIA RESPIRATORIA
DIABETE
EPILESSIA
PATOLOGIA CRONICA

ALLEGATO N° **A**
ALLA DELIBERAZIONE N. **204**
DEL **22 APR 2014**
COMPOSTO DA N. **25** Pagine

A cura del gruppo tecnico di coordinamento dell'ASL4 Chiavarese

I bambini affetti da patologie croniche (diabete, intolleranze, alimentari, malattie metaboliche, sindromi malformative, epilessia) o affetti da allergie (alimentari e respiratorie) hanno necessità, durante la permanenza a scuola di una serie di interventi a tutela della loro salute che necessitano, per la loro messa in atto, di un' azione coordinata e sinergica operata dalle istituzioni scolastiche, sanitarie e comunali.

Per semplificare le prassi esistenti, attuate grazie all'esperienza maturata nel corso degli anni successivi all'applicazione della deliberazione aziendale 884/2009, avendo consultato i Servizi sanitari aziendali competenti ed i rappresentanti dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Medicina Generale, sentito il parere del Presidente della Rete di Coordinamento delle Istituzioni Scolastiche Tigullio-Golfo Paradiso "C. Merani ", si ritiene utile emanare le seguenti procedure, relativa alla prescrizione e all'utilizzo di farmaci in condizioni di routine, di urgenza o di emergenza e all'assistenza scolastica dei bambini affetti da patologie di particolare rilievo clinico .

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico è necessaria quando: la somministrazione non è discrezionale, l'orario non può essere modificato, la mancata o ritardata somministrazione mette in pericolo la vita o le funzioni vitali del paziente. Il personale scolastico, nelle circostanze in cui l'alunno non sia in grado di auto-somministrarsi il farmaco o i genitori non possano accedere alla scuola per occuparsene personalmente, provvede alla somministrazione routinaria; nelle situazioni di urgenza, nel caso in cui il personale di soccorso inviato dalla C.O. 118 non sia in grado di fornire nei tempi adeguati il trattamento farmacologico previsto dal protocollo terapeutico, creando così pericolo per le funzioni vitali del paziente, il personale scolastico, su indicazione della Centrale operativa, può somministrare il farmaco necessario. La fattibilità della somministrazione dei farmaci di primo intervento è garantita dal fatto che l'applicazione della presente procedura prevede la formazione teorico-pratica del personale scolastico.

Vengono redatte procedure specifiche per alunni affetti da: allergie, diabete, epilessia, patologie croniche.

1. PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI CON ALLERGIA ALIMENTARE A RISCHIO ANAFILATTICO

Il centro di riferimento allergologico, effettuato l'iter diagnostico concordato, compila il protocollo terapeutico pre-stampato e la scheda di segnalazione al 118 e li consegna ai genitori (all. n. 4, n. 5). I genitori consegnano i documenti al dirigente scolastico. Il dirigente li trasmette in copia al servizio di medicina scolastica. Il protocollo terapeutico, così compilato, non necessita di validazione da parte del servizio di medicina scolastica. La durata della prescrizione è stabilita dal centro di riferimento.

Le certificazioni rilasciate su differente modulistica o da Centri extra-regionali saranno inviate dalla Medicina scolastica alla SC Pediatria Lavagna per essere sottoposte a validazione.

Il Dirigente scolastico individua, tra gli operatori scolastici, le persone che saranno delegate dai genitori alla somministrazione dei farmaci e fa compilare ai genitori il modulo di delega (all. n. 2).

Il servizio di medicina scolastica:

- Prende accordi con il dirigente scolastico per la formazione teorico-pratica specifica del personale scolastico, attuata in collaborazione con la C.O. 118
- Trasmette copia del protocollo terapeutico alla S.S. C.O. 118
- Comunica formalmente al servizio di ristorazione la necessità di dieta speciale
- Acquisisce dal servizio di ristorazione la tabella dietetica personalizzata dell'alunno e ne valuta l'adeguatezza
- Invia alla S.C. Farmacia ospedaliera il modulo di richiesta per la fornitura alla Scuola della fiala di Adrenalina Fastjekt

La SC Farmacia ospedaliera :

- si interfaccia con il servizio di medicina scolastica per la consegna del farmaco ed eventuali sostituzioni in funzione della scadenza dello stesso.
- A fine anno scolastico il farmaco sarà riconsegnato al servizio di medicina scolastica che provvederà alla gestione per l'anno successivo.

Segnalazione di reazioni avverse

Tutte le reazioni avverse ad alimenti, occorse in ambito scolastico, devono essere segnalate dal Dirigente scolastico al servizio di Medicina scolastica, che le inoltra successivamente alla SC Sicurezza alimentare e al Centro allergologico di riferimento.

Segnalazione di reazioni anafilattiche:

in caso di reazioni anafilattiche che abbiano richiesto l'intervento del 118 o l'accesso in P.S.:

- Il 118 trasmette la segnalazione a Sicurezza alimentare, Medicina scolastica e Osservatorio regionale reazione allergiche, utilizzando la scheda regionale (all. n. 10)
- Il Pronto Soccorso trasmette la segnalazione a Sicurezza alimentare, Medicina scolastica e Osservatorio regionale reazione allergiche, utilizzando la scheda regionale (all. n. 10)

1.bis PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI CON ALLERGIA (SENZA RISCHIO ANAFILATTICO)

Il centro di riferimento allergologico, effettuato l'iter diagnostico concordato, compila il protocollo terapeutico pre-stampato (all. n. 3) e lo consegna ai genitori. I genitori consegnano il documento al dirigente scolastico. Il dirigente lo trasmette in copia al servizio di medicina scolastica. Il protocollo terapeutico, così compilato, non necessita di validazione da parte del servizio di medicina scolastica. La durata della prescrizione è stabilita dal centro di riferimento.

Le certificazioni rilasciate su differente modulistica o da Centri extra-regionali, consegnate alla scuola e dalla scuola inviate al servizio di medicina scolastica, saranno inoltrate dalla Medicina scolastica alla SC Pediatria Lavagna per essere sottoposte a validazione (nei casi di dubbia interpretazione).

Il Dirigente scolastico individua, tra gli operatori scolastici, le persone che saranno delegate dai genitori alla somministrazione dei farmaci specifici e fa compilare ai genitori il modulo di delega (all. n. 2).

Il servizio di medicina scolastica prende accordi con il dirigente scolastico per la formazione teorico-pratica del personale scolastico.

2. PROCEDURA PER L'ASSISTENZA E LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI AFFETTI DA DIABETE TIPO I

Il Diabete mellito giovanile (tipo I) è una condizione clinica a carattere cronico che richiede: la somministrazione quotidiana di insulina al momento dei pasti principali, il controllo dei valori glicemici prima e dopo il pranzo e prima dell'attività fisica, l'assunzione di alimenti (anche al di fuori degli orari consueti) in caso di valori glicemici inferiori a parametri prefissati e la somministrazione di glucagone in caso di ipoglicemia grave che non possa essere prontamente trattata con glucosio endovena dal personale del 118. I genitori sono i responsabili del piano terapeutico quotidiano. Il bambino diabetico, durante l'orario scolastico, ha necessità assistenziali e di sorveglianza che variano in base al livello di autonomia raggiunto, e che riguardano: la misurazione della glicemia, l'interpretazione dei valori glicemici, il trattamento delle ipoglicemie lievi-moderate, il calcolo dell'insulina, la somministrazione di insulina.

I genitori consegnano al dirigente scolastico la certificazione rilasciata dal centro di riferimento e compilano il modulo di richiesta somministrazione di farmaci (all. n. 1). Il dirigente scolastico trasmette i documenti al servizio di medicina scolastica che provvede a rilasciare, acquisite eventuali informazioni accessorie dalla famiglia e/o dai medici curanti, il piano individuale di assistenza (all. n. 7), contenente le indicazioni per la somministrazione dei farmaci (Insulina/glucagone), la prevenzione e la gestione delle ipoglicemie. La validità della prescrizione è stabilita in base alle competenze acquisite dall'alunno.

Il Dirigente scolastico individua, tra gli operatori scolastici, le persone che saranno delegate dai genitori all'assistenza e fa compilare ai genitori il modulo di delega (all. n. 2).

Il servizio di medicina scolastica, congiuntamente alla S.S. C.O. 118, a cui viene inviata copia della documentazione, provvede alla formazione teorico-pratica del personale scolastico, in accordo con il dirigente scolastico e contatta il servizio infermieristico domiciliare per l'eventuale somministrazione di insulina, qualora l'alunno non abbia raggiunto l'autosufficienza ed i genitori non possano provvedere personalmente alla somministrazione.

3. PROCEDURA PER L'ASSISTENZA E LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI AFFETTI DA EPILESSIA/CONVULSIONI FEBBRILI

Il medico curante compila il protocollo terapeutico appositamente predisposto (all. n. 6) e lo consegna ai genitori. Il dirigente lo trasmette in copia al servizio di medicina scolastica. Il protocollo terapeutico, così compilato, non necessita di validazione da parte del servizio di medicina scolastica. La durata della prescrizione è stabilita dal medico prescrittore.

Il Dirigente scolastico individua, tra gli operatori scolastici, le persone che saranno delegate dai genitori all'assistenza e fa compilare ai genitori il modulo di delega (all. n. 2).

Il servizio di medicina scolastica, congiuntamente alla S.S. C.O. 118, a cui viene inviata copia della documentazione, provvede alla formazione teorico-pratica del personale scolastico, in accordo con il dirigente scolastico.

4. PROCEDURA PER L'ASSISTENZA E LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI AFFETTI DA MALATTIE METABOLICHE O SINDROMI MALFORMATIVE

I bambini affetti da malattie metaboliche o sindromi malformative richiedono procedure diversificate da caso a caso. In linea generale, i genitori consegnano al dirigente scolastico la certificazione rilasciata dal centro di riferimento e compilano il modulo di richiesta somministrazione di farmaci (all. n. 1). Il dirigente scolastico trasmette i documenti al servizio di medicina scolastica che provvede a rilasciare, acquisite eventuali informazioni accessorie dalla famiglia e/o dai medici curanti, le indicazioni per la somministrazione dei farmaci, la prevenzione e la gestione di eventuali eventi acuti. La validità della prescrizione è stabilita in base alle singole patologie.

Il Dirigente scolastico individua, tra gli operatori scolastici, le persone che saranno delegate dai genitori all'assistenza e fa compilare ai genitori il modulo di delega (all. n. 2).

Il servizio di medicina scolastica, congiuntamente alla S.S. C.O. 118, a cui viene inviata copia della documentazione, provvede alla formazione teorico-pratica del personale scolastico, in accordo con il dirigente scolastico.

5. PROCEDURA PER LA SEGNALAZIONE DI ALUNNI CON NECESSITÀ DI DIETA SPECIALE

La necessità di dieta speciale è stabilita da un Centro di riferimento specialistico, sulla base di un iter diagnostico prestabilito e, nel caso di allergie alimentari, sottoposto a periodiche revisioni. In caso di accertamenti in corso, è possibile presentare un certificato temporaneo, redatto dal medico curante.

Il genitore consegna al Comune o al Responsabile della ristorazione scolastica:

- il modulo di diagnosi di allergia alimentare compilato dal centro allergologico di riferimento (all. n. 8),
oppure
- il modulo temporaneo di sospetta allergia alimentare compilato dal medico curante (all. n.9)
oppure
- le attestazioni di celiachia, favismo, o patologia metabolica rilasciate dai rispettivi Centri di Riferimento

Il Comune/ il Responsabile della ristorazione scolastica:

- comunica alla Scuola la richiesta di dieta speciale, nel rispetto della privacy
- invia al servizio di medicina scolastica copia della documentazione ricevuta

Il servizio di medicina scolastica:

- assicura l'adeguata formazione del personale scolastico per l'attuazione delle necessarie misure preventive

Il Comune/ il Responsabile della ristorazione scolastica :

- assicura l'attuazione delle corrette procedure di prevenzione e di autocontrollo



APPENDICE

1. FORNITURA DI PRESIDI TERAPEUTICI ALLE SCUOLE

a. ADRENALINA FASTJEKT

Il gruppo tecnico di coordinamento ha preso accordi con la S.C. Farmacia ospedaliera perché venga fornita una fiala di Adrenalina fastjekt all'Istituto scolastico frequentato dall'alunno. L'assegnazione alla scuola verrà fatta al termine del percorso diagnostico/formativo, su richiesta condivisa del servizio di medicina scolastica e dell'ambulatorio di allergologia. La durata dell'assegnazione coinciderà con la prescrizione del Centro di riferimento specialistico o il termine della frequenza nell'istituto scolastico. Il farmaco dovrà essere ritirato e riconsegnato alla S.C. Farmacia ospedaliera un mese prima della data di scadenza, per essere sostituito.

b. DEFIBRILLATORI

Il gruppo tecnico di coordinamento sostiene la necessità che gli istituti scolastici prendano accordi con associazioni ed enti locali per usufruire di una dotazione di defibrillatori pediatrici da destinare in comodato d'uso (in base ai bisogni rilevati dal Servizio di Medicina scolastica) ai plessi frequentati da bambini a rischio di aritmie maligne, sulla base di percorsi predefiniti per la definizione del rischio di aritmia maligna, coinvolgenti l'Istituto G. Gaslini, la S.C. Pediatria ed il 118. Ove possibile, verrà valutata anche la possibilità di usufruire di apparecchiature di proprietà di ASL 4, se non utilizzate dai reparti.

2. CENSIMENTO ALUNNI AFFETTI DA CELIACHIA

La certificazione dei pazienti affetti da celiachia viene rilasciata da un centro specialistico autorizzato (Istituto G. Gaslini, S.C. Pediatria Lavagna, S.S. Dietologia Sestri Levante) e successivamente inviata alla S.C. Farmaceutica territoriale dell'ASL di competenza. Il gruppo tecnico di coordinamento si impegna a chiedere alla S.C. Farmaceutica territoriale e alle mense scolastiche la trasmissione delle vecchie e nuove certificazioni, allo scopo di confrontare i dati ed identificare i pazienti che non hanno formalizzato la diagnosi all'ASL.

3. COINVOLGIMENTO DEI MEDICI CURANTI - alunni con patologia allergica

Sono state poste le basi per stabilire un'alleanza con i pediatri ed i medici di famiglia del territorio per facilitare diagnosi, accoglimento, contenimento dei costi e presa in carico delle situazioni di reale necessità di approfondimento diagnostico, terapia farmacologica e dieta di eliminazione.

Intestazione scuola

Alla c.a.
Servizio di Medicina scolastica
ASL 4 Chiavarese
acarp@asl4.liguria.it

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (all.1)

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno, da consegnare al Dirigente scolastico e da inoltrare al Servizio di Medicina scolastica)

I sottoscritti

genitori di

nato a il

residente a

in via

frequentante la classe della scuola

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i:

.....
.....
.....

come da allegato protocollo terapeutico, rilasciato in data

- dal medico curante Dr
- dal consulente specialista Dr

li,

firma dei genitori

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona.
I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevoli in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Li, firma dei genitori



MODULO PER LA DELEGA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (all.2)

(compilazione a cura dei genitori dell'alunno in accordo con il Dirigente scolastico)

Li, _____

Al Dirigente Scolastico
della Scuola _____

delega alla somministrazione del / dei farmaco/i:

I sottoscritti:

_____ (padre)
_____ (madre)
_____ (tutore)

dell'alunno _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

delegano in loro assenza le seguenti persone individuate dal Dirigente scolastico a seguito di comunicazione interna:

a somministrare al proprio figlio, secondo la prescrizione medica presentata, il/i farmaco/i richiesti/i.

In fede,

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona.

I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevole in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Li,

firma dei genitori

.....



PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE DEL BAMBINO ALLERGICO (all.3)

Nome:	Cognome:
Nato a:	Il:
Residente a:	Via:
e-mail:	Codice fiscale:
Scuola:	Classe:
DIAGNOSI:	
alimento/i responsabili:	
Skin Prick Test positivi per:	IgE specifiche positive per:
ISAC/altro:	

Recapiti

PADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare
MADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare

Altre persone da contattare

Nome/parentela	Telefono casa Cellulare
Nome/parentela	Telefono casa Cellulare

DURATA DELLA PRESCRIZIONE (fatte salve modifiche intercorrenti del piano terapeutico):

- Scuola infanzia Scuola primaria
 Scuola secondaria I° Scuola secondaria II°

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona

9

TERAPIA DOMICILIARE PER ASMA BRONCHIALE

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	ORARIO	DURATA

➤ UTILIZZO DI DISTANZIATORE per formulazioni spray SI NO

PREMEDICAZIONE PRIMA DI ATTIVITA' FISICA (in caso di asma da sforzo)

FARMACO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	ORARIO

➤ UTILIZZO DI DISTANZIATORE per formulazioni spray SI NO

PIANO TERAPEUTICO PER L'ATTACCO ACUTO DI ASMA BRONCHIALE

(La famiglia deve sempre essere avvisata)

FARMACO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	RIPETIBILITA'

➤ UTILIZZO DI DISTANZIATORE per formulazioni spray SI NO

N.B.:

- in caso persistenza della sintomatologia dopo la prima somministrazione è indicato il ricorso al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).
- L'attivazione del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) deve essere effettuata immediatamente, in caso di grave difficoltà respiratoria.

PIANO TERAPEUTICO PER SINDROME ORALE ALLERGICA (S.O.A.)

(La famiglia deve sempre essere avvisata)

FARMACO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	RIPETIBILITA'

N.B.:

- in caso persistenza della sintomatologia dopo la somministrazione è indicato il ricorso al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).
- L'attivazione del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) deve essere effettuata immediatamente, in caso di grave difficoltà respiratoria.

Data

Timbro e firma



PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE DEL BAMBINO ALLERGICO
PER IL TRATTAMENTO DELLA REAZIONE ANAFILATTICA (all.4)

Nome:	Cognome:
Nato a:	il:
Residente a:	Via:
Codice fiscale	e-mail:
Scuola:	Classe:
DIAGNOSI:	
alimento/i responsabili:	
Skin Prick Test positivi per:	IgE specifiche positive per:
ISAC/altro:	

Recapiti

PADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare
MADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare

Altre persone da contattare

Nome/parentela	Telefono casa Cellulare
Nome/parentela	Telefono casa Cellulare

DURATA DELLA PRESCRIZIONE:

- Scuola infanzia Scuola primaria
 Scuola secondaria I° Scuola secondaria II°

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona

11
P

**PIANO TERAPEUTICO DELLA REAZIONE ALLERGICA INSORTA IN UN BAMBINO
CON RISCHIO DI ANAFILASSI**

FARMACO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	RIPETIBILITA'

- UTILIZZO DI DISTANZIATORE per formulazioni spray SI NO
- N.B.: L'attivazione del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) deve essere effettuata immediatamente, alla comparsa dei primi sintomi.
- La famiglia deve sempre essere avvisata

Timbro e firma

Data



REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 "Chiavarese"
Via G.B. Ghio, 9 - 16043 Chiavari (Ge)
Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA
 Servizio di Medicina Scolastica

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI MINORE AFFETTO DA R.A.A.
(Reazione Avversa ad Alimenti con anafilassi)

La scheda deve essere compilata e in ogni sua parte, firmata dal Centro Specialistico, sottoscritta dai genitori, consegnata al Dirigente scolastico della scuola frequentata, ed inoltrata al Servizio di Medicina scolastica

- ✓ Nome e Cognome del minore
- ✓ Data e Luogo di nascita
- ✓ Recapito telefonico dei Genitori
- ✓ Recapito telefonico del Centro Specialistico

SINTOMI PRESENTATI DOPO INGESTIONE DELL'ALIMENTO CAUSA DI ALLERGIA

- Orticaria, edema, prurito, eritema
- Calo pressorio
- Difficoltà respiratoria
- Vomito, diarrea, dolori addominali
- Altro

E' GIA' STATO RICOVERATO IN PRONTO SOCCORSO PER MOTIVI INERENTI LA REAZIONE AD ALIMENTI ?

- Si
- No

HA GIA' AVUTO NECESSITA' DI CHIAMARE IL 118 PER MOTIVI INERENTI LA REAZIONE AD ALIMENTI ?

- Si
- No

E' STATA SOMMINISTRATA ADRENALINA IN PRECEDENTI EPISODI ?

- Si
- No

E' GIA' IN POSSESSO DI ADRENALINA (Fastjekt per autoiniezione o simile) ?

- Si
- No

ALIMENTI RESPONSABILI DELLA REAZIONE

-
-
-

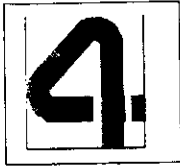
IL MINORE HA ALLERGIA RESPIRATORIA?

- Si
- No

ALTRE INFORMAZIONI IMPORTANTI DA SEGNALARE

.....

RF 13



REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 "Chiavarese"
Via G.B. Ghio, 9 - 16043 Chiavari (Ge)
Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Servizio di Medicina Scolastica

VALIDITA' DELLA PRESCRIZIONE PER LA SCUOLA E LA MENSA
(salvo modifiche intercorrenti operate dal centro specialistico)

- 1 anni
- 2 anni
- 3 anni
- 4 anni
- 5 anni

FIRMA e TIMBRO del Centro Specialistico

da compilare a cura dei genitori:

ISTITUTO SCOLASTICO FREQUENTATO: _____

via _____ città _____

telefono _____

Eventuali chiarimenti o spiegazioni sulla redazione della scheda possono essere richieste alla dott.ssa Antonella Carpi, all'indirizzo acarpi@asl4.liguria.it

La presente scheda è stata redatta da: S.S. 118 Tigullio Soccorso in collaborazione con S.C. Igiene e Sanità Pubblica - Servizio di Medicina Scolastica, S.C. Pediatria - Ambulatorio di Allergologica pediatrica, S.C. Medicina Sestri Levante - Ambulatorio di Allergologia ed è stata condivisa dal coordinamento 118 della Liguria.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona.

I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevoli in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Li,

firma dei genitori

.....



REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 "Chiavarese"
Via G.B. Ghio, 9 - 16043 Chiavari (Ge)
Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA
 Servizio di Medicina Scolastica



**SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI MINORE AFFETTO DA
 REAZIONE AVVERSA A VELENO DI IMENOTTERI**

La scheda deve essere compilata e in ogni sua parte, firmata dal Centro Specialistico, sottoscritta dai genitori, consegnata al Dirigente scolastico della scuola frequentata congiuntamente al protocollo terapeutico ed inoltrata al Servizio di Medicina scolastica

- ✓ Nome e Cognome del minore
- ✓ Data e Luogo di nascita
- ✓ Recapito telefonico dei Genitori
- ✓ Recapito telefonico del Centro Specialistico

SINTOMI PRESENTATI DOPO CONTATTO COL VELENO CAUSA DI ALLERGIA

- Orticaria, edema, prurito, eritema Calo pressorio Difficoltà respiratoria
- Vomito, diarrea, dolori addominali Altro

E' GIA' STATO RICOVERATO IN PRONTO SOCCORSO PER MOTIVI INERENTI LA REAZIONE A VELENO DI IMENOTTERI ?

- Si No

HA GIA' AVUTO NECESSITA' DI CHIAMARE IL 118 PER MOTIVI INERENTI LA REAZIONE A VELENO DI IMENOTTERI ?

- Si No

E' STATA SOMMINISTRATA ADRENALINA IN PRECEDENTI EPISODI ?

- Si No

E' GIA' IN POSSESSO DI ADRENALINA (Fastjekt per autoiniezione o simile) ?

- Si No

IMENOTTERI RESPONSABILI DELLA REAZIONE

-
-
-

IL MINORE HA ALLERGIA RESPIRATORIA?

- Si No

ALTRE INFORMAZIONI IMPORTANTI DA SEGNALARE

.....

15



REGIONE LIGURIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 4 "Chiavarese"
Via G.B. Ghio, 9 - 16043 Chiavari (Ge)
Codice Fiscale e P. Iva 01038700991



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
S.C. IGIENE E SANITA' PUBBLICA
Servizio di Medicina Scolastica

VALIDITA' DELLA PRESCRIZIONE PER LA SCUOLA
(salvo modifiche intercorrenti operate dal centro specialistico)

- 1 anni
- 2 anni
- 3 anni
- 4 anni
- 5 anni

FIRMA e TIMBRO del Centro Specialistico

da compilare a cura dei genitori:

ISTITUTO SCOLASTICO FREQUENTATO: _____

via _____ città _____

telefono _____

Eventuali chiarimenti o spiegazioni sulla redazione della scheda possono essere richieste alla dott.ssa Antonella Carpi, all'indirizzo acarpi@asl4.liguria.it
La presente scheda è stata redatta da: S.S. 118 Tigullio Soccorso in collaborazione con S.C. Igiene e Sanità Pubblica - Servizio di Medicina Scolastica, S.C. Pediatria - Ambulatorio di Allergologia pediatrica, S.C. Medicina Sestri Levante - Ambulatorio di Allergologia ed è stata condivisa dal coordinamento 118 della Liguria.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona.

I sottoscritti, acquisite le informazioni fornite del titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e consapevoli in particolare che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d) nonché art. 26 del D. Lgs. 196/2003, prestano il loro consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni di competenza.

Li,

firma dei genitori

.....



PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE DEL BAMBINO EPILETTICO (all.6)

Nome:	Cognome:
Nato a:	Il:
Residente a:	Via:
e-mail:	Codice fiscale:
Scuola:	Classe:
DIAGNOSI:	

Recapiti

PADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare
MADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare

Altre persone da contattare

Nome/parentela	Telefono casa Cellulare
Nome/parentela	Telefono casa Cellulare

DURATA DELLA PRESCRIZIONE (fatte salve modifiche intercorrenti del piano terapeutico):

- Scuola infanzia Scuola primaria
 Scuola secondaria I° Scuola secondaria II°

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona

RF 17

PIANO TERAPEUTICO

TERAPIA ANTIPIRETTICA

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	TEMPISTICA

TERAPIA ANTIEPILETTICA

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	ORARIO

PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DELLA CRISI CONVULSIVA GENERALIZZATA IN ATTO

➤ **La necessità della somministrazione deve essere autorizzata dalla C.O. 118**

(La famiglia deve sempre essere avvisata)

N.B.:

- Il primo provvedimento da attuare è la chiamata al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118)
- Proteggere il bambino durante la crisi
- In caso di crisi convulsive di **durata maggiore di 3 minuti**, somministrare:

FARMACO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	RIPETIBILITA'

Data

Timbro e firma



PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE DEL BAMBINO DIABETICO (all. 7)

Nome:	Cognome:
Nato a:	li:
Residente a:	Via:
e-mail:	Codice fiscale:
Scuola:	Classe:
DIAGNOSI:	

Recapiti

PADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare
MADRE Nome/cognome	Telefono casa Telefono lavoro Cellulare

Altre persone da contattare

Nome/parentela	Telefono casa Cellulare
Nome/parentela	Telefono casa Cellulare

L'ALUNNO NECESSITA DI ASSISTENZA DA PARTE DI PERSONE ADULTE PER:

- MISURAZIONE DELLA GLICEMIA (prima e 2 ore dopo il pasto, prima dell'attività fisica prolungata, in caso di sospetta ipoglicemia)
- INTERPRETAZIONE DEI VALORI GLICEMICI
- CALCOLO DELL'INSULINA
- SOMMINISTRAZIONE DI INSULINA (GENITORI INFERMIERI ASL)

I GENITORI DEVONO CONSEGNARE ALLA SCUOLA L'OCCORRENTE PER LA MISURAZIONE DELLA GLICEMIA E LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA

DURATA DELLA PRESCRIZIONE (fatte salve modifiche intercorrenti del piano terapeutico):

- Scuola infanzia
- Scuola primaria
- Scuola secondaria I°
- Scuola secondaria II°

PIANO TERAPEUTICO

TERAPIA INSULINICA A SCUOLA

LO SCHEMA TERAPEUTICO E' STABILITO DALLA FAMIGLIA .

IN CASO DI ASSISTENZA DA PARTE DEGLI INFERMIERI ASL LA MODALITA' DI COMUNICAZIONE DELLA DOSE VIENE CONCORDATA AL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO DEL BAMBINO. IN CASO DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE, IL PIANO TERAPEUTICO VIENE COMUNICATO E SOTTOSCRITTO DAI GENITORI.

PIANO TERAPEUTICO PRIMA DELL'ATTIVITA' FISICA PROGRAMMATA

GLICEMIA	ZUCCHERI SEMPLICI	ZUCCHERI COMPLESSI
< 100	no	2-3 cracker, pane, 3-4 fette biscottate, 2-3 biscotti
< 80	1 succo di frutta o 1 bevanda zuccherata o 1 bustina di zucchero	2-3 cracker, pane, 3-4 fette biscottate, 2-3 biscotti

PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DELLA CRISI IPOGLICEMICA LIEVE-MODERATA
(La famiglia deve sempre essere avvisata)

GLICEMIA	SINTOMI	ZUCCHERI SEMPLICI	ZUCCHERI COMPLESSI	CONTROLLO GLICEMIA
< 60		1 succo di frutta o 1 bevanda zuccherata o 1 bustina di zucchero	2-3 cracker, pane, 3-4 fette biscottate, 2-3 biscotti	DOPO 15 MIN
60-100	SI'	1 succo di frutta o 1 bevanda zuccherata o 1 bustina di zucchero	2-3 cracker, pane, 3-4 fette biscottate, 2-3 biscotti	DOPO 15 MIN
	NO	Si alimenta con la merenda consueta		

N.B.:

- 15 minuti dopo l'assunzione, controllare la glicemia
- in caso di persistenza di ipoglicemia, dopo 15 minuti, ripetere l'assunzione di alimenti, secondo lo stesso schema
- i genitori devono consegnare alla scuola l'occorrente per il trattamento dell'ipoglicemia

PIANO TERAPEUTICO PER IL TRATTAMENTO DELLA CRISI IPOGLICEMICA GRAVE
(La famiglia deve sempre essere avvisata)

N.B.:

- Il primo provvedimento da attuare è la chiamata al Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118).
- In caso di perdita di coscienza e/o convulsioni, somministrare:

FARMACO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	RIPETIBILITA'
GLUCAGEN HYPOKIT	<input type="checkbox"/> 1 FIALA <input type="checkbox"/> ½ FIALA	INTRAMUSCOLARE	NO

- La necessità della somministrazione deve essere autorizzata dalla C.O. 118

Data

Timbro e firma

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona



MODULO PER LA DIAGNOSI DI ALLERGIA ALIMENTARE ACCERTATA (all. 8)
(a cura del Centro Allergologico di Riferimento)

Nome:	Cognome:
Nato a:	Il:
Residente a:	Via:
Telefono:	e-mail:
Codice fiscale:	
DIAGNOSI:	
alimento/i responsabili:	
Skin Prick Test positivi per:	IgE specifiche positive per:
ISAC/altro:	

In base alle procedure diagnostiche eseguite, il bambino è risultato essere allergico al/ai seguente/i alimento/i, che **dovrà/dovranno essere escluso/i dalla dieta:**

- PROTEINE DEL LATTE VACCINO (latte bovino e derivati, alimenti contenenti proteine del latte)
(indicare se può mangiare la carne bovina: si no)
- PROTEINE DELL'UOVO (uovo e tutti gli alimenti contenenti proteine dell'uovo)
(indicare se può mangiare la carne di pollo: si no)
- PROTEINE DEL FRUMENTO e di tutti i cereali che possono contenere proteine analoghe dal punto di vista allergenico (orzo, farro, segale, kamut, avena)
- PROTEINE DEL/I PESCE/I
(indicare il/i pesce/i allergenici)
indicare il/i pesce/i assunti e tollerati
- FRUTTA SECCA CON GUSCIO
(indicare la frutta secca allergenica)
(indicare la frutta secca assunta e tollerata.....)
- ALTRI ALLERGENI ALIMENTARI

DURATA DELLA PRESCRIZIONE:


REVISIONE:

- Scuola infanzia Scuola primaria
- Scuola secondaria I° Scuola secondaria II°

Timbro e firma

Data

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona

 21



MODULO PER LA CERTIFICAZIONE TEMPORANEA DI SOSPETTA ALLERGIA ALIMENTARE (all.9)
 (a cura del medico curante)

Nome:	Cognome:
Nato a:	il:
Residente a:	Via:
Telefono:	e-mail:
Codice fiscale:	
HA PRESENTATO IL SEGUENTE QUADRO CLINICO:	

- è in corso un iter diagnostico volto ad indagare la presenza di ALLERGIA ALIMENTARE
- è in corso l'iter diagnostico volto ad escludere ALTRE PATOLOGIE in diagnosi differenziale.

Il bambino, in attesa della definizione diagnostica, dovrà seguire una dieta priva del/i seguente/i alimento/i:

.....

in attesa degli esiti degli accertamenti proposti.

DURATA DELLA PRESCRIZIONE:

Data

Timbro e firma

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" il trattamento dei dati personali ed in particolare di quelli sensibili sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti della persona

SCHEDA DI SEGNALAZIONE REAZIONE ANAFILATTICA
118/PRONTO SOCCORSO
PAZIENTI PEDIATRICI (0-18 anni)

INVIARE a:

OSSERVATORIO GRAVI REAZIONI ALLERGICHE
osservatorio@hsanmartino.it
FAX 010358285
Cell. 366 6784539
Tel. 010 5555310

SICUREZZA ALIMENTARE ASL 4 CHIAVARESE
sical@asl4.liguria.it

MEDICINA SCOLASTICA ASL 4 CHIAVARESE
acarpi@asl4.liguria.it

COGNOME	NOME
DATA e LUOGO di NASCITA	
NUMERO TELEFONO PAZIENTE (importantissimo!!)	
Motivo di accesso al Pronto Soccorso/chiamata 118 <ul style="list-style-type: none">• Ha presentato una reazione allergica grave• Sospetta anafilassi• Altro.....	
Reazione sospetta a <input type="checkbox"/> ALIMENTI <input type="checkbox"/> FARMACI <input type="checkbox"/> IMENOTTERI <input type="checkbox"/> SFORZO FISICO <input type="checkbox"/> SCONOSCIUTA	
Sintomatologia <input type="checkbox"/> ORTICARIA <input type="checkbox"/> ANGIOEDEMA <input type="checkbox"/> VOMITO <input type="checkbox"/> DISPNEA <input type="checkbox"/> PERDITA DI COSCIENZA	
Terapia con ADRENALINA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ALLEGARE SCHEDA DIMISSIONE	

Si prega inviare il Paziente a visita allergologica presso:

U.O.C. ALLERGOLOGIA Padiglione 13 IRCCS A.O.U. SAN MARTINO-IST Tel. 010 5555310

O altro Centro RETE ALLERGOLOGICA LIGURE:

RETE ALLERGOLOGICA LIGURE

ANAFILASSI

L'anafilassi rappresenta la manifestazione clinica più grave tra le reazioni allergiche generalizzate a esordio acuto, e i sintomi più comuni includono manifestazioni cutanee, gravi difficoltà respiratorie, disturbi gastrointestinali, sino ad arrivare al collasso cardio-circolatorio.

Le sostanze che più frequentemente possono scatenare uno shock anafilattico sono i **farmaci**, il **veleno di imenotteri**, **alimenti** e **lattice**. Esistono inoltre forme ad etiologia sconosciuta, dette "idiopatiche".

Se non affrontato tempestivamente, lo shock anafilattico può avere esito fatale: è necessario quindi un rapido riconoscimento dei segni iniziali affinché la reazione non evolva in un collasso circolatorio o in ostruzione delle vie aeree.

Il corretto e tempestivo trattamento farmacologico dello shock anafilattico è rappresentato dalla pronta somministrazione di **adrenalina**: il decorso può essere infatti molto rapido.

Generalmente, quanto minore è il tempo di latenza tra l'esposizione all'allergene e l'insorgenza dei sintomi, tanto più severa tende ad essere la sintomatologia. Purtroppo, però, un intervento medico tempestivo non sempre è possibile poiché molte di queste reazioni possono avvenire in luoghi lontani da centri di Pronto Soccorso.

Per questo motivo vengono prescritti ai Pazienti a rischio di anafilassi **autoiniettori** contenenti una dose prestabilita di **adrenalina**.

La **prevenzione** delle recidive è basata sulla individuazione degli agenti scatenanti mediante una visita allergologica, esecuzione di test allergologici in vivo ed in vitro; desensibilizzazione a veleno di imenotteri e, quando possibile, a farmaci; norme di eliminazione dietetica per alimenti e norme di prevenzione per lattice.

E' quindi **IMPORTANTISSIMO**, dopo una certa o sospetta anafilassi, avviare il Paziente ai necessari accertamenti in ambito **allergologico**.

La **SCHEMA di SEGNALEZIONE** può essere inviata via mail o via fax o segnalata telefonicamente all'**OSSERVATORIO** per le gravi reazioni allergiche. L'Osservatorio si farà carico di richiamare il Paziente e direttamente, o tramite altri Centri della Rete Allergologica Ligure, di effettuare i necessari accertamenti, inquadrare il Paziente, ed effettuare la segnalazione alla **UOC 118**.

Con la segnalazione al 118 il Paziente sarà più facilmente inquadrabile in caso di recidiva, con netto miglioramento della prognosi!



MODULO RICHIESTA FORNITURA SCOLASTICA
ADRENALINA AUTOINIETTABILE
PER IL TRATTAMENTO DELLA REAZIONE ANAFILATTICA (all.11)

Nome:	Cognome:
Nato a:	il:
Residente a:	Via:
Codice fiscale	e-mail:
Scuola:	Classe:
DIAGNOSI:	

SCUOLA FREQUENTATA

ISTITUTO SCOLASTICO (denominazione)	Telefono: FAX: e-mail:
DIRIGENTE SCOLASTICO (nome, cognome)	Telefono: e-mail:

DURATA DELLA PRESCRIZIONE:

- Scuola infanzia Scuola primaria
 Scuola secondaria I° Scuola secondaria II°

Timbro e firma

Data

Riservato alla S.C. FARMACIA OSPEDALIERA

FARMACO	DOSAGGIO	LOTTO/SCADENZA	DATA DI CONSEGNA

Timbro e firma

Data

Servizio di Medicina scolastica

CONSEGNATO IL

Timbro e firma