

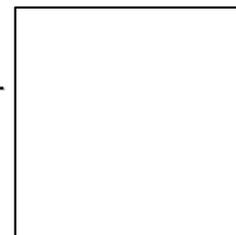
ALLERGIA ALIMENTARE

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - PESO SUPERIORE AI 30 KG

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/ Sezione _____

Allergia a : _____



I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

FOTO del bambino

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Occhi 2. Naso 3. Bocca 4. Cute 5. Intestino 6. Respiro | <p>arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione</p> <p>sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato</p> <p>prurito & gonfiore delle labbra, lingua o bocca</p> <p>senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale</p> <p>nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea</p> <p>A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato</p> <p><u>B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio</u></p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 7. Circolo | <p><u>pallore intenso, debolezza, sonnolenza, PERDITA DI COSCIENZA</u></p> |

COSA FARE:

se l'assunzione è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati

- chiamare **SUBITO** il 112 (**e segnalare la sospetta REAZIONE ALLERGICA**)
- se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati somministrare **SUBITO**:

1. **Bentelan co. 1 mg:** _____ compressa/e, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua
2. **Kestine lio cp:** 1 compressa posta sulla lingua

-
- Ventolin o Broncovaleas spray:** 2 puff subito (con distanziatore)
i puff sono ripetibili ogni 20' , altre due volte (6 puff totali)
-

POI avvisare i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

**NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI
ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI**

NB: i farmaci non necessitano di conservazione in frigorifero

Data

Timbro e Firma del medico

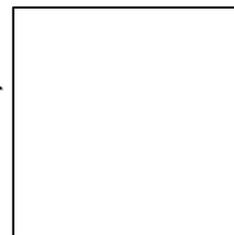
ALLERGIA ALIMENTARE

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - PESO INFERIORE AI 30 KG

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/Sezione _____

Allergia a : _____



I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

FOTO del bambino

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|--------------|---|
| 1. Occhi | arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione |
| 2. Naso | sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato |
| 3. Bocca | prurito & gonfiore delle labbra, lingua o bocca |
| 4. Cute | senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale |
| 5. Intestino | nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea |
| 6. Respiro | A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato

<u>B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio</u> |
| 7. Circolo | <u>pallore intenso, debolezza, sonnolenza, PERDITA DI COSCIENZA</u> |

COSA FARE:

se l'assunzione è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati

- chiamare **SUBITO** il 112 (**e segnalare** la sospetta **REAZIONE ALLERGICA**)
- se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati somministrare **SUBITO**:

1. **Bentelan co. 1 mg:** _____ compressa/e, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua
2. **Fenistil gocce:** _____ gocce per bocca

- Ventolin o Broncovaleas spray:** 2 puff subito (con distanziatore)
i puff sono ripetibili ogni 20' , altre due volte (6 puff totali)

POI avvisare i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI

NB: i farmaci non necessitano di conservazione in frigorifero

Data

Timbro e Firma del medico

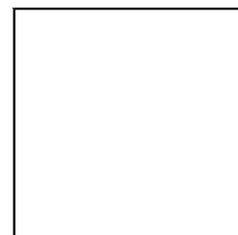
PREGRESSA ANAFILASSI DA ALIMENTI

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - PESO SUPERIORE AI 30 KG

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/Sezione _____

Allergia a : _____



I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

FOTO del bambino

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Occhi 2. Naso 3. Bocca 4. Cute 5. Intestino 6. Respiro | <p>arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione</p> <p>sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato</p> <p>prurito & gonfiore delle labbra, lingua o bocca</p> <p>senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale</p> <p>nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea</p> <p>A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato</p> <p><u>B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio</u></p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 7. Circolo | <p><u>pallore intenso, debolezza, sonnolenza, PERDITA DI COSCIENZA</u></p> |

La severità dei sintomi può cambiare rapidamente evolvendo in situazioni pericolose per la vita!

COSA FARE:

se l'assunzione è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati

• chiamare **SUBITO** il 112 (**e segnalare la sospetta ANAFILASSI**)

• se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati da 1 a 5 somministrare **SUBITO**:

Kestine 10 mg lio

Bentelan compresse da 1 mg

_____ Kg 1 compressa sulla lingua _____ compressa/e per bocca

• **QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI 6 A, somministrare oltre al Kestine e al Bentelan:**

VENTOLIN o BRONCOVALEAS spray: 2 puff subito (con distanziatore), ripetibili ogni 20', altre 2 volte

• **QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI 6 B e/o 7 somministrare:**

FAST JEKT 300 mcg o JEXT 300 mcg o CHENPEN 300 mcg adrenalina autoiniettabile

CHENPEN 500 mcg adrenalina autoiniettabile (PESO > 40 KG)

POI avvisare i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

**NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI
ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI**

NB: i farmaci non necessitano di conservazione in frigorifero, ma l'adrenalina autoiniettabile va conservata al buio e a temperatura ambiente

Data

Timbro e Firma del medico

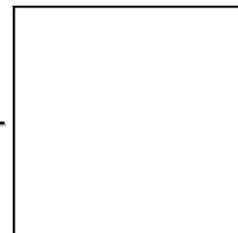
PREGRESSA ANAFILASSI DA ALIMENTI

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO - PESO INFERIORE AI 30 KG

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola e Classe/Sezione _____

Allergia a : _____



I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

FOTO del bambino

SISTEMI:

SINTOMI:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Occhi 2. Naso 3. Bocca 4. Cute 5. Intestino 6. Respiro | <p>arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione</p> <p>sternuti ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato</p> <p>prurito & gonfiore delle labbra, lingua o bocca</p> <p>senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale</p> <p>nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea</p> <p>A. lievi accessi di tosse e respiro lievemente accelerato</p> <p><u>B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio</u></p> |
| <ol style="list-style-type: none"> 7. Circolo | <p><u>pallore intenso, debolezza, sonnolenza, PERDITA DI COSCIENZA</u></p> |

La severità dei sintomi può cambiare rapidamente evolvendo in situazioni pericolose per la vita!

COSA FARE:

se l'assunzione è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati

- chiamare **SUBITO** il 112 (e segnalare la sospetta ANAFILASSI)
- se compaiono uno o più **SINTOMI** tra quelli elencati da 1 a 5 somministrare **SUBITO**:

Fenistil gocce

Bentelan compresse da 1 mg

_____ Kg _____ gocce per bocca _____ compressa/e per bocca

- **QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI 6 A, somministrare oltre al Fenistil e al Bentelan:**

VENTOLIN o BRONCOVALEAS spray: 2 puff subito (con distanziatore), ripetibili ogni 20', altre 2 volte

- **QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI 6 B e/o 7 somministrare:**

FAST JEKT 150 mcg o JEXT 150 mcg o CHENPEN 150 mcg adrenalina autoiniezzabile

POI avvisare i genitori ai seguenti numeri: 1) _____ 2) _____

**NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI
ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI**

NB: i farmaci non necessitano di conservazione in frigorifero, ma l'adrenalina autoiniezzabile va conservata al buio e a temperatura ambiente.

Data

Timbro e Firma del medico

ASMA BRONCHIALE

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola/Classe _____

Allergia a: _____

I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

- ACCESSI DI TOSSE E RESPIRO ACCELERATO
- DIFFICOLTÀ A PARLARE
- SIBILI ESPIRATORI
- SPOGLIATO IL BAMBINO, RIENTRAMENTI ALLA BASE DEL COLLO, TRA LE COSTE E SOTTO IL DIAFRAMMA

e IN CASI SEVERI

- IMPORTANTE E INVALIDANTE DIFFICOLTÀ RESPIRATORIA ANCHE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DELLA PRIMA TERAPIA
- CIANOSI (LABBRA E CUTE BLUASTRE)

COSA FARE:

1. **Chiamare SUBITO il 112**
2. **Somministrare SUBITO con distanziatore:**

Ventolin o Broncovaleas spray:

3 puff (1 puff +1 puff + 1 puff), ripetibili ogni 20 minuti fino a 3 volte totali

seguendo i seguenti passaggi:

- 1) togliere il cappuccio e agitare la bomboletta di ventolin o broncovaleas e fare 3 puff a vuoto
- 2) inserire l'erogatore nell'apposita apertura posteriore del distanziatore
- 3) mettere il boccaglio del distanziatore nella bocca del bambino, avendo cura che oltrepassi i denti e sigillando bene le labbra
- 3) nel bambino piccolo applicare invece la mascherina del distanziatore su viso (deve coprire il naso e la bocca) in modo ben aderente alla cute
- 4) effettuare uno spruzzo di Ventolin o Broncovaleas nel distanziatore
- 5) far fare 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- 6) dopo un minuto effettuare un secondo spruzzo di Ventolin o Broncovaleas seguendo i passaggi da 3 a 5.

Ripetere il ciclo: 1 spruzzo-5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri, fino a 3 volte in totale, distanziate di 20 minuti l'una dall'altra

3. **Poi somministrare**

Bentelan co. 1 mg: ___ compressa/e subito, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

4. **Avvisare poi i genitori ai seguenti numeri:** 1) _____ 2) _____

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI

Il farmaco deve essere conservato a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore, e riparato dal freddo e dai raggi diretti del sole.

Data _____

Timbro e Firma del medico

COME UTILIZZARE CORRETTAMENTE IL DISTANZIATORE:

Con boccaglio

Bambino ≥ 5 anni

ripeti dal punto 2 per ogni erogazione



Con mascherina

Bambino < 5 anni

ripeti dal punto 2 per ogni erogazione



CRISI CONVULSIVE

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola/Classe _____

Patologia: epilessia convulsioni febbrili

I più frequenti SEGNI/SINTOMI DI CRISI CONVULSIVA INCLUDONO:

PERDITA DI COSCIENZA CON CADUTA A TERRA, IRRIGIDIMENTO DELLA MUSCOLATURA, RETROVERSIONE DEGLI OCCHI, ALTERAZIONI DEL RESPIRO CON LABBRA BLUASTRE, SERRAMENTO DELLA MANDIBOLA, SCHIUMA ALLA BOCCA, MORSICATURA DELLA LINGUA E/O DELLE GUANCE, SCOSSE DEGLI ARTI, PERDITA INVOLONTARIA DI FECI O URINE, ECC.

PER PREVENIRE LA CRISI CONVULSIVA, in caso di: FEBBRE/Temperatura $\geq 37,5^{\circ}$:

somministrare PARACETAMOLO

SI

NO

(SE SÌ, indicare Nome Commerciale del farmaco, formulazione, dosaggio, già calcolato in base ad età/peso corporeo, modalità/via di somministrazione e modalità di conservazione)

COSA FARE IN CASO DI CRISI CONVULSIVA

- **chiamare SUBITO il 112 e**
- mettere il bambino in POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA
- NON mettere nulla in bocca
- SLACCIARE i vestiti
- PROTEGGERE IL CAPO
- guardare l'orologio per vedere QUANTO DURA LA CRISI

SE LA CRISI HA DURATA:

maggior di: 5 minuti **oppure di.....** minuti (da indicazioni diverse/specifiche dello specialista): **SOMMINISTRARE:**

NOME e FORMULAZIONE del FARMACO _____

DOSAGGIO (già calcolato in base ad età/peso corporeo) _____

VIA e MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE _____

Poi **AVVISARE I GENITORI** ai numeri _____

DATA, _____

TIMBRO E FIRMA del MEDICO

DIABETE**PARTE 2 - GESTIONE DELL'IPOGLICEMIA**

Occasionalmente si può verificare un episodio di ipoglicemia anche durante la giornata (glicemia ≤ 70 mg/dl) e quindi anche durante l'orario scolastico, eventualmente associata a sintomatologia.

In presenza di allarme del sensore per ipoglicemia (se presente) o di sintomi (fame eccessiva, irritabilità, sudorazione, pianto, pallore, confusione, mal di testa, difficoltà di concentrazione, vertigini, affaticamento, tremori, vista annebbiata, dolori addominali o nausea) è indicato:

- eseguire una determinazione della glicemia capillare;
- in caso di riscontro di glicemia inferiore o uguale a 70 mg/dl è necessario:
 - 1) somministrare ____ bustina/e di zucchero da 5 gr o glucosio (_____ fiala/e Glucosprint)
 - 2) ricontrollare la glicemia dopo 15 – 20 minuti, eventualmente da sensore:
 - a) se ≥ 80 mg/dl o la freccia del sensore è rivolta verso l'alto, l'ipoglicemia è risolta;
 - b) se < 80 mg/dl, assumere nuovamente _____ bustina/e di zucchero o glucosio.

In caso di ipoglicemia grave (perdita di coscienza, crisi convulsiva, emiparesi transitoria) deve essere immediatamente somministrato glucagone: (nome farmaco = _____) alla dose: _____

Contestualmente devono essere attivati i soccorsi - 112.

Modalità di conservazione del farmaco: può essere conservato a temperatura ambiente.

Torino _____

Timbro e Firma del medico del servizio

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 4.1 della DGR 50/2014, gli interventi in ambito scolastico possono avere luogo nei seguenti casi e condizioni: a) l'assoluta necessità dell'intervento durante l'orario scolastico; b) che l'intervento non richieda il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario, nè una discrezionalità tecnica o, se richiesta, sia esercitata entro parametri pre-definiti".

IL MINORE

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DIAGNOSI per la quale è necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico:

Altre **PATOLOGIE CONCOMITANTI** che possano condizionare la gestione scolastica della somministrazione del farmaco

FARMACI da somministrare in orario scolastico

(per prescrizioni multiple, indicare i farmaci nell'ordine di somministrazione)

1)

NOME DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE (cpr, sciroppo, supposte, microclisma, ecc.) _____

da somministrare QUOTIDIANAMENTE o IN URGENZA/EMERGENZA

POSOLOGIA (*già calcolata sul peso corporeo/per età*) _____

VIA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI _____

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE _____

Per Farmaci da usare in Urgenza/Emergenza, specificare EVENTO/CIRCOSTANZA in cui procedere alla somministrazione _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE (temperatura, esposizione alla luce, ecc.)

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

2)

NOME DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE (cpr, sciroppo, supposte, microclisma, ecc.) _____

da somministrare QUOTIDIANAMENTE o IN URGENZA/EMERGENZA

POSOLOGIA (*già calcolata sul peso corporeo/per età*) _____

VIA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI _____

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE _____

Per Farmaci da usare in Urgenza/Emergenza, specificare EVENTO/CIRCOSTANZA in cui procedere alla somministrazione _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE (temperatura, esposizione alla luce, ecc.)

NOTE _____

Si rilascia il presente certificato/prescrizione su richiesta del genitore del minore, ai sensi e fini previsti dalla DGR 50-7641 del 21 maggio 2014.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA ____/____/____

Eventuali correzioni/integrazioni devono essere controfirmate e datate dallo stesso medico prescrittore.

Le prescrizioni incomplete, poco chiare, o manomesse non potranno essere utilizzate per la formazione del personale scolastico.

**PRESCRIZIONE MEDICA PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI TECNICI IN
ORARIO SCOLASTICO**

Ai sensi dell'art. 4.1 della DGR 50/2014, gli interventi in ambito scolastico possono avere luogo nei seguenti casi e condizioni: a) l'assoluta necessità dell'intervento durante l'orario scolastico; b) che l'intervento non richieda il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario, nè una discrezionalità tecnica o, se richiesta, sia esercitata entro parametri pre-definiti".

IL MINORE

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____ via _____ n° _____

DIAGNOSI per la quale è necessaria la realizzazione dell'intervento in orario scolastico:

Altre **PATOLOGIE CONCOMITANTI** che possano condizionare la gestione scolastica dell'intervento richiesto

INTERVENTO da realizzare in orario scolastico

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO _____

- da realizzare IN MODALITA' PROGRAMMATA

nel seguente ORARIO/FASCIA ORARIA _____

e/o

- da realizzare IN CASO DI NECESSITA' nel seguente EVENTO/CIRCOSTANZA

EVENTUALI NOTE _____

Si rilascia il presente certificato/prescrizione su richiesta del genitore del minore, ai sensi e fini previsti dalla DGR 50-7641 del 21 maggio 2014.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA ____/____/_____ _____

Eventuali correzioni/integrazioni devono essere controfirmate e datate dallo stesso medico prescrittore.

Le prescrizioni incomplete, poco chiare, o manomesse non potranno essere utilizzate per la formazione del personale scolastico.

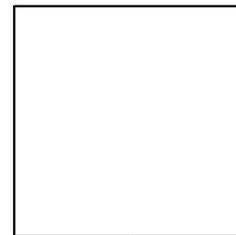
PROFILASSI ASMA DA SFORZO

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____ Nato il _____

Scuola/Classe _____

Allergia a: _____



In alcuni soggetti, l'attacco acuto di asma può essere indotto dallo sforzo fisico (educazione motoria, gioco fisicamente impegnativo - es. calcio, corsa nel cortile, camminate durante le gite scolastiche, ecc.).

IN CASO DI PREVISTO SFORZO FISICO, per prevenire l'insorgenza di sintomi:

somministrare con distanziatore:

Ventolin o Broncovaleas spray:

2 puff (1 puff + 1 puff) 15 minuti prima di iniziare l'attività

segundo i seguenti passaggi:

- 1) togliere il cappuccio, agitare la bomboletta di Ventolin o Broncovaleas e fare 3 puff a vuoto
 - 2) inserire l'erogatore nell'apposita apertura posteriore del distanziatore
 - 3) mettere il boccaglio in bocca del bambino, avendo cura che oltrepassi i denti e sigillando bene le labbra
 - 3) nel bambino piccolo applicare invece la mascherina del distanziatore su viso in modo ben aderente alla cute
 - 4) effettuare uno spruzzo di Ventolin o Broncovaleas nel distanziatore
 - 5) far fare 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
 - 6) dopo un minuto effettuare un secondo spruzzo di Ventolin o Broncovaleas seguendo i passaggi da 3 a 5.
- Ripetere il ciclo: 1 spruzzo-5 respiri; 1 spruzzo - 5 respiri, distanziati di 20 minuti l'una dall'altra**

Il farmaco deve essere conservato a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore, e riparato dal freddo e dai raggi diretti del sole.

Nel caso di comparsa di sintomi di un attacco acuto di asma:

accessi di tosse, respiro accelerato, difficoltà a parlare, affaticamento respiratorio, sibili espiratori:

ALLERTARE IL 112

POI

***se il bambino ha solo questa prescrizione:**

***ripetere il ciclo dei passaggi, ogni 20 minuti,
fino ad un massimo di 3 volte totali***

***se invece il bambino ha anche la prescrizione specifica:** passare alla scheda ASMA BRONCHIALE

Infine avvisare i GENITORI.

Data _____

Timbro e Firma del Medico

COME UTILIZZARE CORRETTAMENTE IL DISTANZIATORE:

