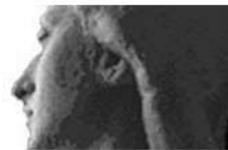




LAC

liceo artistico statale renato cottini - torino



PIANO INDIVIDUALE INTERVENTO CONVULSIONI - EPILESSIA

DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA

PIANO INDIVIDUALE D'INTERVENTO

ALUNNO _____

SCUOLA _____

Nato a _____ il _____

Peso Kg _____ il _____

Affetto da crisi convulsive febbrili

epilessia

altro

CARATTERISTICHE DELLE CRISI

Fattori noti che favoriscono l'insorgere della crisi

**Segni e sintomi soggettivi dell'aura
epilettica** _____

IN CASO DI CRISI CONVULSIVA CONTATTARE

Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

casa _____

Telefono _____

cellulare _____

Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

casa _____

Telefono _____

cellulare _____

Medico di riferimento

Dott. _____
Tel. _____

TERAPIA FARMACOLOGICA DI MANTENIMENTO O ANTIFEBBRILE

**Attualmente in terapia di mantenimento
con** _____

TERAPIA DA ASSUMERE A SCUOLA

Farmaco _____

Dose _____ **Orario** _____

Modalità _____

Farmaco
antifebbre _____

Dose _____

Modalità _____ **Se temperatura**

TERAPIA IN CASO DI CRISI CONVULSIVA IN ATTO
(da praticare dopo 2- 3 minuti se la crisi non passa spontaneamente)

ð **Micropam (Diazepam) endorettale 5 mg**

ð **Micropam (Diazepam) endorettale 10 mg**

**Dopo aver somministrato il farmaco chiamare i genitori e se la crisi persiste
attivare il 118**

Firme

Pediatra o medico di base che ha compilato il piano

data _____ firma _____

PLS/MMG (per presa visione)

data _____ firma _____

Genitori/ esercente la patria potestà dello studente _____

AUTORIZZA il trattamento delle convulsioni a scuola per il proprio figlio impegnandosi a comunicare all'Istituzione scolastica o formativa eventuali aggiornamenti del Piano stesso comportanti modifiche del trattamento che si rendessero necessarie

(Nome e Cognome in stampatello)

(Nome e Cognome in stampatello)

data _____ firma _____

firma _____

Il presente modulo deve essere presentato presso l'URP (segreteria) e protocollato agli atti della scuola