



	PIANO INDIVIDUALE INTERVENTO ALLERGIE - ASMA	
DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA		

PIANO INDIVIDUALE D'INTERVENTO

STUDENTE _____

CLASSE ____ Nato a _____ il _____

Allergia a:

<input type="checkbox"/> LATTE VACCINO	<input type="checkbox"/> GRAMINACEE	<input type="checkbox"/> ACARI POLVERE
<input type="checkbox"/> UOVO	<input type="checkbox"/> COMPOSITE	<input type="checkbox"/> GATTO
<input type="checkbox"/> GRANO	<input type="checkbox"/> PARIETARIA	<input type="checkbox"/> MUFFE
<input type="checkbox"/> ARACHIDE	<input type="checkbox"/> FRASSINO	<input type="checkbox"/> LATEX
<input type="checkbox"/> NOCCIOLA	<input type="checkbox"/> OLIVO	<input type="checkbox"/> VELENO IMENOTTERI
<input type="checkbox"/> NOCE	<input type="checkbox"/> CIPRESSO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PESCE	<input type="checkbox"/> PINO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SOIA	<input type="checkbox"/> PIOPPPO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PLATANO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Storia pregressa di shock anafilattico: SI NO

Se "SI" da :

TIPOLOGIA DI REAZIONE NOTA

Anafilassi

Asma

Orticaria

Altro _____



MISURE DI CONTROLLO AMBIENTALE A SCUOLA

Elencare le misure di controllo ambientale e/o restrizioni dietetiche di cui lo studente necessita per prevenire crisi di asma /allergie

- dieta priva di _____

- altro _____

IN CASO DI CRISI ASMATICA/REAZIONE ALLERGICA CONTATTARE

Nome _____

Indirizzo _____

Telefono casa _____

Telefono
cellulare _____

oppure

Nome _____

Indirizzo _____

Telefono casa _____

Telefono
cellulare _____

Medico di riferimento



Dott. _____

 Tel. _____

FARMACI DA SOMMINISTRARE IN CASO DI ASMA

Premedicazione Prima dell'attività fisica

Farmaco _____

Dose _____

Modalità _____

FARMACI DA SOMMINISTRARE NELL'ATTACCO ACUTO D'ASMA

Da assumere a scuola se affanno, sibili o fischi, sintomi dopo sforzo, tosse secca stizzosa e abbaiente _____

farmaco _____

dose _____

modalità _____

farmaco _____

dose _____

modalità _____

farmaco _____

dose _____



modalità _____

Note aggiuntive/Altri farmaci _____

Firme

Pediatra o medico di base che ha compilato il piano

data _____ firma _____

Genitori/ esercente la patria potestà dello studente _____

AUTORIZZA il trattamento dell'asma e delle allergie 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 Cognome in stampatello)

data _____ firma _____

firma _____

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