



	<b>PIANO INDIVIDUALE INTERVENTO CONVULSIONI - EPILESSIA</b>	
<b>DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA</b>		

**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** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Medico di riferimento**

Dott. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**TERAPIA FARMACOLOGICA DI MANTENIMENTO O ANTIFEBRILE**

Attualmente in terapia di mantenimento con \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TERAPIA DA ASSUMERE A SCUOLA**

Farmaco \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

Modalità \_\_\_\_\_

Farmaco antifebrile \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Modalità \_\_\_\_\_ Se temperatura \_\_\_\_\_

**TERAPIA IN CASO DI CRISI CONVULSIVA IN ATTO**

**( da praticare dopo 2- 3 minuti se la crisi non passa spontaneamente)**

**Micropan (Diazepam) endorettale 5 mg**



**Micropan (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