

**Enti e Organizzazioni  
alla cui attenzione è stata presentata la versione preliminare del Protocollo**

- Comuni per il tramite del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci (comunicazione prot. n. 0071084 del 21.05.10)
- malati/familiari per il tramite delle principali Associazioni attive nel territorio (comunicazione prot. n. 0059882 del 30.04.10)
- organizzazioni sindacali del personale scolastico (incontri del maggio 2010 e gennaio 2011)
- medici di medicina generale (MMG) per il tramite del rispettivo comitato aziendale (seduta del 23.06.10 )
- pediatri di libera scelta (PLS) per il tramite del rispettivo comitato aziendale (seduta del 28.07.10)
- medici specialisti per il tramite del Tavolo tecnico con i Direttori Sanitari ospedalieri (seduta del .....)
- AREU 118 – Azienda Regionale Emergenza Urgenza (comunicazione prot. n. 0059880 del 30.04.10).

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti .....

.....

genitori di .....

nato a..... il .....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via.....

Essendo il minore affetto da .....  
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito  
ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico  
(MMG/PLS) rilasciata in data..... dal  
Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte  
di personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin  
d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs  
196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE  
NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

Dirigente Scolastico .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: ... .. Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....-.....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento: .....

.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): .....

.....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note .....

.....

Data .....

Timbro e firma del Medico

.....

**INDICAZIONI GENERALI**  
**PER LA LA GESTIONE DELLA CRISI EPILETTICA PROLUNGATA**  
**A SCUOLA**

*Documento redatto con il supporto tecnico degli specialisti dell'Ospedale dei Bambini  
di Brescia e dei rappresentanti dei pediatri di famiglia*

Brescia .....

**1. MANIFESTAZIONI DELLA CRISI EPILETTICA**

**La maggior parte delle crisi in persone con epilessia nota non rappresenta una emergenza medica e termina, senza danni, dopo 1-2 minuti dall'inizio.**

Per crisi epilettica prolungata si intende la crisi di durata superiore ai 3-4 minuti.

In alcune persone la crisi epilettica è preceduta da segni premonitori.

Le manifestazioni presenti prima e durante la crisi possono essere molto diverse nelle diverse persone, mentre tendono a ripresentare le stesse caratteristiche nella stessa persona.

Nella scheda di prescrizione il medico di famiglia evidenzia il quadro clinico peculiare del bambino/ragazzo segnalando gli eventuali segni premonitori tipici.

**Attenzione**

Nel caso di crisi epilettica in un bambino non segnalato come affetto da epilessia, è necessario ed urgente attivare il 118 e seguire le indicazioni fornite dallo stesso.

**2. CONSERVAZIONE DELL'EVENTUALE FARMACO, SE PRESCRITTO DAL MEDICO DI FAMIGLIA**

E' sufficiente conservare il farmaco (diazepam - Micronoan microclismi), in confezione integra, a temperatura ambiente, lontano da fonti di calore e dalla luce solare.