

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____, vista la richiesta dei genitori e **constatata l'assoluta necessità**

PRESCRIVE

La somministrazione dei farmaci **salvavita o indispensabili** sottoindicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico all'alunno:

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____
Residente a _____ in via _____
Frequentante la Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di I gr.
dell'I.C. “G. Falcone” Classe/sezione _____ Anno Scolastico _____
Affetto da _____

Nome commerciale del farmaco 1 da somministrare: _____

Modalità di somministrazione: _____

Orario: 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____ 4^ dose _____

Durata della terapia: _____

Effetti collaterali: _____

Modalità di conservazione: _____

Nome commerciale del farmaco 1 da somministrare: _____

Modalità di somministrazione: _____

Orario: 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____ 4^ dose _____

Durata della terapia: _____

Effetti collaterali: _____

Modalità di conservazione: _____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del/i farmaco/i ad eccezione che si tratti di farmaco/i salvavita (barrare la scelta):

Nessuna autonomia Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: _____

Dose: _____

Modalità di somministrazione: _____

Effetti collaterali: _____

Modalità di conservazione: _____

Indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche _____

Note _____

Il sottoscritto dichiara che tale somministrazione non richiede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi e modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data, _____

Timbro e Firma del Medico curante
