

Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1°FARMACO Nome commerciale del farmaco:Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione:Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

2°FARMACO Nome commerciale del farmaco: Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

Data, _____ Timbro e firma A.S.L. Di competenza _____

*Timbro e Firma
del medico*