

**Allegato 2/auto - 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)

**ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE 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**

L'autosomministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte dell'alunno, 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 del medico*

**Allegato 4/auto - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**