

**Allegato 3-** alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

**VERBALE DI INFORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA**

Data, \_\_\_\_\_

**Persone Presenti:**

<b>Figura</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Firma</b>
Dirigente Scolastico		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno:

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_

in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_

del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_

della scuola: \_\_\_\_\_

non sede in Via: \_\_\_\_\_

del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da:

*Riportare la patologia diagnosticata*

**Argomenti trattati - considerazioni:**

Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico). Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.

Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.

Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.

Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico) Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).

Effetti dei farmaci somministrati.

Altro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_