

**PRESCRIZIONE MEDICA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO**

(ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PLESSO SCOLASTICO FREQUENTATO _____ CLASSE _____ SEZIONE _____

Vista la richiesta dei genitori/tutori e constatata l'assoluta necessità

si prescrive

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN
AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO _____

PATOLOGIA _____

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO (il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome
indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola) _____

La somministrazione del farmaco è differibile Si no

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile? _____

La somministrazione del farmaco:

- può essere eseguita da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario
si no
- richiede discrezionalità tecnica da parte del somministratore ? si no

1. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL
FARMACO

2. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO

3. MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE E/O EVENTUALE AUTORIZZAZIONE
ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE _____

4. DOSE _____

5. ORARIO 1^ DOSE _____ ORARIO 2^ DOSE _____ ORARIO 3^ DOSE _____

6. DURATA DELLA TERAPIA. DAL _____ AL _____

7. MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO _____

8. DURATA DEL FARMACO _____

9. INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

10. EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO

Data _____

Il Medico

(timbro e firma)

Visto
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Annarita Pintadu