



Allegato 2- alla procedura per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (per i genitori)

PRESCRIZIONE – AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Da compilarsi **a cura** del Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale o Specialista)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno/a _____

Cognome e Nome

nato/a 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 NECESSITA' di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- **NON COMPORTA** effetti dannosi / **POTREBBE COMPORTARE** effetti dannosi (lasciare l'ipotesi preferita e cancellare l'altra);

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 del medico