

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- Constatata l'assoluta necessità;
- Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche nell'esercizio di discrezionalità tecnica in relazione all'orario, alla posologia, alla modalità di somministrazione e conservazione del farmaco,

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____
data di nascita _____ Residente a _____
in via _____ N. _____ Telefono _____
frequentante la classe _____ sezione _____ della:
Scuola dell'Infanzia **Primaria** **Secondaria di I grado** di: **Sommatino** **Delia**

del seguente farmaco,

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione: _____

Dose: _____

Orario: _____ Durata della terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi: _____

Comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace: _____

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno SI NO

Luogo _____ Data: ____/____/____

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta