

Prot. N. _____ del / / 20__

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.. CLASSE

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 ED
IN ORARIO SCOLASTICO ALL'**ALUNNO**

(nome)

(cognome)

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) MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (eventuale autorizzazione all'autosomministrazione) :

.....
.....

4) DOSE:

.....

5) ORARIO: 1° DOSE 2° DOSE 3° DOSE 4° DOSE

6) DURATA DELLA TERAPIA: DAL AL

7) MODALITA' 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