

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

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO N 2
"G. DESSI"
VILLACIDRO**

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