

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - ex DGR 6919/2017 (All.2)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE
INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

**Al Dirigente Scolastico
del Liceo "G.Falcone e P. Borsellino" di Arese**

Nome e cognome del medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale:

.....

Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista) :.....

.....

Constatata la assoluta necessità **SI CERTIFICA** la somministrazione del farmaco/i sotto indicato/i in orario e ambito scolastico all'alunno

Nome, cognome dell'alunno

- nato a _____ il ___/___/_____/
- C. Fiscale _____
- residente a _____ Provincia _____ CAP _____
- Via _____ n° _____

frequentante la classe _____

1) **Caratteristiche del farmaco da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico:**

- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____

2) **Modalità di somministrazione (scegliere l'opzione)**

- Autosomministrazione
- Somministrazione per conto terzi
- Somministrazione quotidiana:

Nome del farmaco _____

Orario e dose da somministrare:

nell'arco delle 6 ore di lezione indicare orario _____ e dose _____

nel pomeriggio durante le attività extracurricolari indicare orario _____ e dose _____

somministrazione elettronica predosata _____

Altro da comunicare

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione del farmaco, in modo dettagliato:

Note

Capacità del paziente ad effettuare l'autosomministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita

- SI
- NO

3) Indicare la durata della terapia con il farmaco :

- dal _____ al _____
- continuativa

4) Modalità di conservazione del farmaco

5) In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi (**farmaco salvavita**)

a) Nome del farmaco _____

b) Dose e modalità di somministrazione

c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

Altro

Data _____

Nome Medico AUSL

Firma e Timbro
