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 ……..

SCUOLA.. …… CLASSE ……

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

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 eventualmente in custodia a scuola): ……

……

La somministrazione del farmaco è differibile?* SI NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile?* ……

Si tratta di farmaco che deve essere assunto quotidianamente o con regolarità?* SI NO

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

* campi obbligatori

---

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI **SINTOMI** CHE RICHIEDONO LA **SOMMINISTRAZIONE URGENTE** DEL FARMACO: (compilare se necessario o se si tratta di trattamento terapeutico da attuarsi a comparsa di sintomi) ……
   ……
   ……
   ……
   ……

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'**INTERVENTO** TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO (compilare anche se si tratta di trattamento terapeutico quotidiano o comunque periodico, non a comparsa di sintomo): ……
   ……
   ……
   ……
   ……

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