Allegato B

PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilare da parte del medico curante o pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)

Si certifica che l'alunno/a: Cognome ..... Nome.....

data di nascita..... residente a ..... in via .....

frequentante la scuola ..... classe .....

affetto/a da .....

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO DEL SEGUENTE FARMACO

□ **salvavita** □ **indispensabile**

Nome commerciale:_____

□ In caso di urgenza dovuta a_____

che si manifesta con la seguente sintomatologia_____

_____

Modalità di somministrazione_____ Dosaggio_____

□ Quotidianamente ai seguenti orari: _____

Modalità di somministrazione_____ Dosaggio_____

Note_____

_____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato e che non presuppone discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Possibilità di *auto somministrazione* del farmaco da parte dell'alunno
(per età, esperienza, addestramento): □ **SI** □ **NO**

Data_____

Modalità di conservazione del farmaco_____

_____

TIMBRO E FIRMA DEL PEDIATRA DI
LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA
GENERALE