

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, SOTTO LA SORVEGLIANZA DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome

data di nascita residente a in via

frequentante la classe della Scuola _____ di _____.

del seguente farmaco "SALVAVITA"

Nome commerciale del farmaco

Nome del generico equivalente.....

Modalità di conservazione del farmaco

Sintomi percepibili che indicano la necessità della somministrazione

.....
.....

Specifici accorgimenti da mettere in atto da parte dell'adulto presente (insegnante, collaboratore scolastico, assistente alle autonomie):

.....
.....

Modalità di somministrazione dose

.....
.....

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

L'alunno possiede capacità di gestione autonoma ed ha ricevuto opportuno addestramento per la autosomministrazione del farmaco, in presenza di un adulto che possa garantire l'adeguata vigilanza.

Riferimenti per emergenze: 118 - Medico curante: tel.

Altri riferimenti:

Data:

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra