

Allegato B

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;
- constatata l'assoluta necessità;
- ritenuto che la somministrazione è indispensabile sia garantita in orario scolastico;
- accertata la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche e/o l'esercizio di discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione.

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI,

- come autosomministrazione da parte dell'alunno
- come somministrazione da parte del genitore o di altri soggetti individuati
- come somministrazione da parte degli operatori scolastici in vece del genitore

IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascitaResidente a in via Telefono

Classe della Scuolasita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmacoModalità di somministrazione

Dose unicaalle ore

Orario Dosi: 1^ dose 2^ dose 3^dose 4^ dose

Durata terapia: dal.....al..... Modalità di conservazione del farmaco

note.....
.....

In caso di farmaco "salvavita", descrivere i sintomi e le circostanze in cui deve avvenire la somministrazione del farmaco in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica da parte degli operatori scolastici:

Alla presenza di questi sintomi/circostanze.....

Somministrare il farmaco.....nelle dosi e negli orari sopra riportati.....

Nel caso di situazioni complesse quali diabete, epilessia, allergia grave è indispensabile definire in modo circostanziato il piano di assistenza:

.....
.....
.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra