

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 PLESSO CLASSE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "G. MARCONI"
SAN GIOVANNI SUERGIU

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 in custodia a scuola):

.....
.....

La somministrazione del farmaco è differibile ? SI NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile ?

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

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

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

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL' INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

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

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 (timbre e firma)

Visto

Il Dirigente Scolastico
