

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - ex DGR 6919/2017 (all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(*Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario*

Nazionale) 1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*

2. Qualifica (*Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista*)



3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico


 Principio attivo

 Nome commerciale

 Forma farmaceutica

 Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)  Dosaggio e orario

 Modalità di conservazione

 Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)

 Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

a) Nome del farmaco

b) Dose e modalità di somministrazione

c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco