

AII. B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno Cognome Nome Data
dinascita Residente a in Via
..... Frequentante la scuola
..... classe affetto da
.....

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del **personale non sanitario**, del seguente FARMACO INDISPENSABILE/ FARMACO SALVAVITA.....

Giornalmente al seguente orario

in caso di urgenza dovuta al seguente evento

.....
Che si manifesta con la seguente sintomatologia
.....

Necessita della **autosomministrazione** in orario scolastico del seguente FARMACO INDISPENSABILE / FARMACO SALVAVITA.....

Giornalmente al seguente orario

In caso di urgenza dovuta al seguente evento

.....
che si manifesta con la seguente sintomatologia
.....

Nome commerciale di farmaco

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Orario.....

Posologia.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note.....

.....
 Si certifica altresì che la somministrazione **può essere effettuata da personale non sanitario**.

Sentita la famiglia e valutata l'età dello studente si certifica che la dose del farmaco **può essere autosomministrata**.

- Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

- NO SI con le seguenti modalità

Data.....

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