

Dipartimento Cure Primarie

## Autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

*Al Dirigente Scolastico/Responsabile di Strutture Educative/Direttore dell'Ente di Formazione Professionale della Scuola/Ente di Formazione:*

Via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario e ambito scolastico al bambino/a – ragazzo/a:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Data e Luogo di Nascita** \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ in Via e n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Frequentante la Classe \_\_\_\_\_

della Scuola / Servizio Educativo / Ente di Formazione \_\_\_\_\_

Anticipo \_\_\_\_\_ Posticipo \_\_\_\_\_ Trasporto \_\_\_\_\_

### A) SOMMINISTRAZIONE QUOTIDIANA DEL FARMACO

**Nome Commerciale del Farmaco** \_\_\_\_\_

Durata della terapia:  Per il ciclo scolastico in corso

Per tutto l'anno scolastico in corso

Dal \_\_\_\_\_

al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione:

\_\_\_\_\_

Nota:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

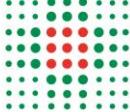
SI'  NO

**Azienda USL di Bologna**

Sede Legale: Via Castiglione, 29 - 40124 Bologna

Tel. +39.051.6225111 fax +39.051.6584923

Codice fiscale e Partita Iva 02406911202



Dipartimento Cure Primarie

### B) SOMMINISTRAZIONE AL BISOGNO / IN EMERGENZA

**Si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati al bambino/a – ragazzo/a:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Data di Nascita** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Nome Commerciale del Farmaco** \_\_\_\_\_

Durata della terapia:     Per il ciclo scolastico in corso     Per tutto l'anno scolastico in corso  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nota:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>ORARIO</b>	<b>DOSE</b>	<b>MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE</b>

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'       NO

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Medico (Timbro e Firma)