

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 _____

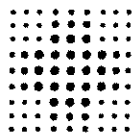
Modalità di conservazione:

Nota:

| ORARIO | DOSE | MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE |
|--------|------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

SI' ☐ NO ☐



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:

| ORARIO | DOSE | MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE |
|--------|------|-------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

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

SI' ☐ NO ☐

Data ____/____/____

Medico (Timbro e Firma)