

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

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 _____

Antropico _____ 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 _____

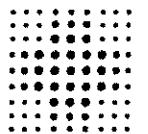
Modalità di conservazione:

Nota:

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

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

SI' NO



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

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)