

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI E/O DELL'ASSISTENZA SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____
Data/luogo di nascita _____ Residente a _____
Classe _____ del plesso _____ sita a _____

PRESCRIZIONE DEL SEGUENTE FARMACO:

- Stato di malattia dell'alunno/a: _____
- Nome commerciale del farmaco: _____
- La somministrazione del farmaco è indispensabile in orario scolastico:
 SI NO
- Il farmaco è somministrabile da personale non sanitario:
 SI NO

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

.....
.....
.....
.....
.....

Modalità particolari di somministrazione, posizione da far assumere al paziente, condotta del personale e ogni altra informazione utile:

.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di somministrazione:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Effetti collaterali:

.....

.....
.....
.....

Indicare la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco:

a) in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco

SI NO

b) in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

SI NO

Specificare se è necessaria (barrare solo la parte di pertinenza):

la somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico

o in alternativa:

la possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto somministrazione del farmaco:

nessuna autonomia

parziale autonomia

piena autonomia

la somministrazione dei farmaci da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)

Indicare la necessità o meno di intervento del 112 al comparire dei sintomi:

SI NO

Durata terapia: dal al.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o
Pediatria

.....

Il/la sottoscritto/a dott..... autorizza la scuola al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR (Regolamento EU 2016/679).

Firma del Medico di Medicina Generale o Pediatria

.....