

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO/A

Cognome..... Nome

Nato il. a.....

Residente a

In via.....

frequentante la classe..... della scuola..... sita

a in Via

affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco (*): (barrare la scelta): ☐ **Salvavita** ☐ **Indispensabile**

() La vigente legislazione regolante la somministrazione di farmaci in ambito scolastico individua n. 2 fattispecie: **farmaci salvavita**, per i quali la somministrazione deve avvenire in tempi incompatibili con l'attesa del 118 ed è obbligatoria per gli addetti al primo soccorso scolastico e **farmaci indispensabili**, per i quali è necessario acquisire il consenso da parte degli addetti*

Il farmaco può essere somministrato da personale non sanitario: (barrare la scelta): ☐ **SI** ☐ **NO**

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^ dose; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione (ad esempio custodia a temperatura controllata, ovvero lontano da fonti di calore, o dalla luce, ecc...):

Protocollo da adottarsi:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione
- Tempo di attesa per la somministrazione dall'inizio della crisi.....
- Procedure per la somministrazione (ad esempio se il bambino debba essere protetto da eventuali cadute, se bisogna porre qualcosa di morbido sotto il capo, ecc...)
- Supporto dell'unità di primo soccorso d'istituto (personale non sanitario) di eventuale indesiderata insorgenza di effetti collaterali (manovre salvavita in caso d'insorgenza di effetti collaterali, ecc...)

Note:.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante