

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO CURANTE
Da allegare al certificato medico

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:

- Stato di malattia dell'alunno
.....
- Prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile
.....
- Indicare se la somministrazione del farmaco è indispensabile in orario scolastico
.....
.....
- Indicare se non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco:
.....
.....
.....
- Specificare se il farmaco è somministrabile da personale non sanitario: SI NO
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:
.....
.....
.....
.....
- Nome commerciale del farmaco:
.....
.....
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
.....
.....
.....
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia:
.....
.....
.....
.....

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

- la somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
- la somministrazione dei farmaci da parte di persone esterne alla scuola**
(genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
- la possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

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

.....
.....

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

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

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

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

Data,/...../.....

Il Medico Curante

.....