MODULO C



**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 …………………………………………………………….