

Prot. N. \_\_\_\_\_ del / / 20\_\_

## PRESCRIZIONE MEDICA

### PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO (ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

SCUOLA..... CLASSE .....

---

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Vista la Richiesta dei genitori/tutori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

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

(nome)

(cognome)

**PATOLOGIA** .....

**NOME COMMERCIALE DEL FARMACO** (Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi eventualmente in custodia a scuola): .....

La somministrazione del farmaco è differibile?\*      SI    NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile?\* .....

Si tratta di farmaco che deve essere assunto quotidianamente o con regolarità?\*      SI    NO

La somministrazione del farmaco:

- può essere eseguita da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario?\*    SI    NO
- richiede discrezionalità tecnica da parte del somministratore?\*    SI    NO

\* campi obbligatori

---

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI **SINTOMI** CHE RICHIEDONO LA **SOMMINISTRAZIONE URGENTE** DEL FARMACO: (compilare se necessario o se si tratta di trattamento terapeutico da attuarsi a comparsa di sintomi) .....

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

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'**INTERVENTO** TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO (compilare anche se si tratta di trattamento terapeutico quotidiano o comunque periodico, non a comparsa di sintomo): .....

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

3) MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (eventuale autorizzazione all'autosomministrazione) : .....

.....  
.....

4) DOSE: .....

.....

5) ORARIO: 1° DOSE ..... 2° DOSE ..... 3° DOSE ..... 4° DOSE .....

6) DURATA DELLA TERAPIA: DAL ..... AL .....

7) MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO: .....  
.....  
.....

8) DURATA DEL FARMACO: .....  
.....

9) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO: .....  
.....  
.....  
.....  
.....

10) EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Data .....

IL MEDICO (timbro e firma)

---

Visto  
Il Dirigente Scolastico