

Allegato B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA, PEDIATRA, O ALTRA FIGURA MEDICA DI COMPETENZA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE / SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO

- da consegnare ai genitori/tutori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al Dirigente Scolastico;

esaminata la richiesta dei genitori/tutori/responsabili genitoriali
accertata la necessità della somministrazione dei farmaci sottoindicati in orario e quindi in ambito scolastico
accertato che la vigilanza/somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____,
frequentante la classe _____ sez. _____ ☐ della Scuola dell'Infanzia ☐ della Scuola Primaria

☐ della Scuola Secondaria di I grado dell'Istituto "Carducci - V. da Feltre", affetto dalla seguente patologia:

_____ nel caso in cui si verifichi (descrizione
dell'evento _____

L'AUTOSOMMINISTRAZIONE/SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

nome commerciale del farmaco _____

forma farmaceutica e principio attivo del farmaco _____

modalità di conservazione del farmaco _____

modalità di somministrazione _____

Durata della terapia dal _____ al _____ dosaggio _____

Orario 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3 ^ dose _____

Eventuali interventi nel caso in cui il farmaco non avesse effetto _____

Fin da ora mi dichiaro disponibile a fornire agli operatori scolastici, nei modi più opportuni, tutte le informazioni necessarie per la corretta identificazione degli eventi che necessitano della autosomministrazione/somministrazione del farmaco nonché le istruzioni per la corretta somministrazione dello stesso.

Reggio Cal. _____

Firma del medico specialista, del pediatra,
o di altra figura medica di competenza

Timbro