



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O
ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome _____ Cognome _____

(medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

2. Qualifica _____

(Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)

3. Nome _____ Cognome _____

data di nascita ____/____/____ C.F. _____

(alunno)

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico

- Principio attivo _____

- Nome commerciale _____

- Forma farmaceutica _____

- Modalità di somministrazione _____

(da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)

- Dosaggio e orario _____

- Modalità di conservazione _____

- Durata _____

(dal ----- al ----- oppure continuativa)

- Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

a) Nome del farmaco _____

b) Dose e modalità di somministrazione _____

c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione _____
