

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

**OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco
INDISPENSABILE/SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di
Medicina Generale (MMG))**

L'alunno/alunna:

Cognome Nome Nato il

a Residente a in via/piazza

..... n.civico affetto dalla

seguente patologia:.....

.....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non sanitario**, del seguente

FARMACO SALVAVITA

FARMACO INDISPENSABILE

Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)

Nome commerciale del farmaco:

.....

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

.....

Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

.....

Dose di somministrazione del farmaco:

.....

Modalità di somministrazione del farmaco:

.....

Modalità di conservazione del farmaco:

.....

Note:

.....

.....

Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)

Nome commerciale del farmaco:

.....
.....

Dose di somministrazione del farmaco:

.....
.....

Modalità di somministrazione del farmaco:

.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco:

.....
.....

Note:

.....
.....

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento): SI NO

Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.

Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione

Luogo e data _____

Timbro e firma del PLS/MMG
