

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 4.1 della DGR 50/2014, gli interventi in ambito scolastico possono avere luogo nei seguenti casi e condizioni: a) l'assoluta necessità dell'intervento durante l'orario scolastico; b) che l'intervento non richieda il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario, nè una discrezionalità tecnica o, se richiesta, sia esercitata entro parametri pre-definiti".

IL MINORE

Cognome e Nome* _____ Nato il * _____

CF/STP/ENI* _____ (16 caratteri)

Scuola* _____ Classe/Sezione* _____

Telefono: genitore 1 * _____ genitore 2* _____

DIAGNOSI* per la quale è necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico:

***(CAMPI OBBLIGATI)**

☐ **ALTRE EVENTUALI PATOLOGIE/CONDIZIONI CONCOMITANTI CHE POSSONO CONDIZIONARE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (SPECIFICARE)**

(campo NON obbligato; ma se la voce viene fleggata, OBBLIGATORIO SPECIFICARE)

☐ **ALUNNO MAGGIORENNE O PROSSIMO ALLA MAGGIORE ETA' , NON AUTOSUFFICIENTE**

FARMACI da somministrare in orario scolastico

(per prescrizioni multiple, indicare i farmaci nell'ordine di somministrazione)

1)

NOME DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE (cpr, sciroppo, supposte, microclisma, ecc.) _____

da somministrare QUOTIDIANAMENTE  o IN URGENZA/EMERGENZA 

POSOLOGIA (**già calcolata sul peso corporeo/per età**) _____

VIA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

 Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI _____

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE _____

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Per Farmaci da usare in Urgenza/Emergenza, specificare EVENTO/CIRCOSTANZA in cui procedere alla somministrazione _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE (temperatura, esposizione alla luce, ecc.)

2)

NOME DEL FARMACO _____

FORMULAZIONE (cpr, sciroppo, supposte, microclisma, ecc.) _____

da somministrare QUOTIDIANAMENTE ☒ o IN URGENZA/EMERGENZA ☐

POSOLOGIA (*già calcolata sul peso corporeo/per età*) _____

VIA E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI _____

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE _____

Per Farmaci da usare in Urgenza/Emergenza, specificare EVENTO/CIRCOSTANZA in cui procedere alla somministrazione _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE (temperatura, esposizione alla luce, ecc.)

NOTE _____

Si rilascia il presente certificato/prescrizione su richiesta del genitore del minore, ai sensi e fini previsti dalla DGR 50-7641 del 21 maggio 2014.

NB: EVENTUALI CORREZIONI/INTEGRAZIONI DEVONO ESSERE CORREDATE DA DATA, TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE.

IL PRESENTE MODULO EDITABILE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, TRASFORMATO IN PDF NON MODIFICABILE E FIRMATO DIGITALMENTE

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del medico*

Data* _____
*(campo obbligato)**
