

**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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Altre **PATOLOGIE CONCOMITANTI** che possano condizionare la gestione scolastica della somministrazione del farmaco

**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

ORARIO/FASCIA ORARIA DELLA SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_

\* Per Somministrazioni ripetute, indicare l'INTERVALLO DI TEMPO E IL NUMERO MASSIMO DI SOMMINISTRAZIONI \_\_\_\_\_

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

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

**PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

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 e come da Accordo Inter-Istituzionale.***

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuali correzioni/integrazioni devono essere controfirmate e datate dallo stesso medico prescrittore. Le prescrizioni incomplete, poco chiare, o manomesse non potranno essere utilizzate per la formazione del personale scolastico.