

Allegato 3. FARMACI

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

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.)

Allegato 3. FARMACI

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.

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.