

ALLEGATO N.1

**PRESCRIZIONE MEDICA**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN  
AMBITO SCOLASTICO**

(ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita\_\_\_\_\_

Plesso scolastico frequentato\_\_\_\_\_classe/sezione\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto  
Comprensivo

Sant'Antioco - Calasetta

Vista la richiesta dei genitori/tutori e constatata l'assoluta necessità

Si prescrive

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA \_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO (il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola) \_\_\_\_\_

La somministrazione del farmaco è differibile  Si  no

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile? \_\_\_\_\_

La somministrazione del farmaco:

- può essere eseguita da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario  
 si  no
- richiede discrezionalità tecnica da parte del somministratore ?  si  no

1. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO
- 
- 
- 

2. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO
- 
- 
- 

3. MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE E/O EVENTUALE AUTORIZZAZIONE  
ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

4. DOSE \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

5. ORARIO 1^ DOSE \_\_\_\_\_ ORARIO 2^ DOSE \_\_\_\_\_ ORARIO 3^ DOSE \_\_\_\_\_

6. DURATA DELLA TERAPIA . DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

7. MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO\_\_\_\_\_

8. DURATA DEL FARMACO\_\_\_\_\_

9. INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL  
FARMACO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. EVENTUALI NOTE DI PRIMO  
SOCCORSO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Medico

\_\_\_\_\_  
( timbro e firma)

Visto

Il Dirigente Scolastico  
Tiziana Meloni