

**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