

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AI COSIDETTI FARMACI SALVAVITA**

**Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità**

**SI PRESCRIBE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SOTTOINDICATO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Plesso \_\_\_\_\_

**Vademecum Sanitario** (ai sensi della nota del Min. P.I. prot. 2312/2005)

Sintomatologia: \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Intervallo di tempo tra le dosi \_\_\_\_\_

Somministrare il farmaco in caso di: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Eventuali effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Prot. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
I.C. "DON MILANI"  
DI MONTE PORZIO CATONE

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno \_\_\_\_\_

nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

essendo nostro figlio affetto da \_\_\_\_\_,

non essendo in grado di intervenire personalmente e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ e autorizzano il personale della scuola (docente /ATA) a effettuare la somministrazione sollevando da qualsiasi responsabilità l'istituzione scolastica e coloro che vi operano e la rappresentano.

Monte Porzio Catone \_\_\_\_\_

firma di entrambi i genitori o chi esercita la patria potestà

### **Recapiti telefonici:**

Medico curante o pediatra \_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_



Acquisire disponibilità addetti primo soccorso

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.<sup>ssa</sup> Fabiola Tota