

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

( all 1 )

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA  
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

**REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**

*( Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale )*

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica ( Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista )
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
  - Principio attivo
  - Nome commerciale
  - Forma farmaceutica
  - Modalità di somministrazione ( da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione )
  - Dosaggio e orario
  - Modalità di conservazione
  - Durata ( dal ----- al ----- oppure continuativa )
  - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

# MODELLO 1

## CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Lo studente minorenni (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

PATOLOGIA CRONICA

PATOLOGIA ACUTA

### CONSEQUENTEMENTE E' PREVISTA

L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DELLO STUDENTE STESSO

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEL GENITORE O SUO DELEGATO A SCUOLA

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEGLI OPERATORI SCOLASTICI NON SPECIALISTI

### ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE

Nome commerciale del/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): \_\_\_\_\_

Durata della terapia (massimo 1 anno scolastico) \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita" (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità)

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

E' indispensabile la conservazione in frigorifero

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

## MODELLO 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DEL GENITORE

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Marzabotto  
Dott.ssa Anna Crovo

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

GENITORI oppure  SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE SU

Lo studente minorenni (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Frequentante la classe \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, a tal fine

### SI IMPEGNA

A consegnare il/i farmaco/i a scuola ed a garantire il controllo della scadenza.

### AUTORIZZA

- IL PERSONALE EDUCATIVO E DI SUPPORTO DELLA STRUTTURA OSPITANTE IL MINORE, ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1, SOLLEVANDO, PER QUANTO DI PROPRIA PERTINENZA, LO STESSO DA EVENTUALI RESPONSABILITÀ CIVILI DERIVANTI DA TALE ATTO.
- IL MINORE STESSO ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal Medico curante (Modello 1).

Numeri di telefono utili: MEDICO \_\_\_\_\_ GENITORI \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma/e