

Dipartimento Cure Primarie

## Autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

*Al Dirigente Scolastico/Responsabile di Strutture Educative/Direttore dell'Ente di Formazione Professionale della Scuola/Ente di Formazione:*

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario e ambito scolastico al bambino/a – ragazzo/a:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Data e Luogo di Nascita** \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ in Via e n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Frequentante la Classe \_\_\_\_\_

della Scuola / Servizio Educativo / Ente di Formazione \_\_\_\_\_

Anticipo \_\_\_\_\_ Posticipo \_\_\_\_\_ Trasporto \_\_\_\_\_

### A) SOMMINISTRAZIONE QUOTIDIANA DEL FARMACO

**Nome Commerciale del Farmaco** \_\_\_\_\_

Durata della terapia:  Per il ciclo scolastico in corso  Per tutto l'anno scolastico in corso  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

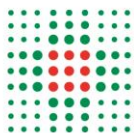
Nota:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'  NO



Dipartimento Cure Primarie

**B) SOMMINISTRAZIONE AL BISOGNO / IN EMERGENZA**

Si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati al bambino/a – ragazzo/a:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Data di Nascita** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nome Commerciale del Farmaco** \_\_\_\_\_

Durata della terapia:  Per il ciclo scolastico in corso  Per tutto l'anno scolastico in corso  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'  NO

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Medico (Timbro e Firma)