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

(PeJiatra o Medico ‹ili 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