

Al Dirigente scolastico dell'ITCT Bordoni - Pavia

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE DELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO

PROTOCOLLO D'INTESA TRA REGIONE LOMBARDIA E UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA, prot. n. 19593.13-09-2017

Si certifica che l'alunn _____ **nat_ il**
_____ **a** _____ **residente a**
_____ **in via** _____,
frequentante l'ITCT Bordoni, classe _____ **sez.** _____
affetto da _____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DE_ SEGUENT_ FARMAC_____

NOME COMMERCIALE E FORMA DEL FARMACO

Nome del farmaco:

Forma farmaceutica:

Principio attivo:

Si allega Foglio Illustrativo del farmaco.

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Dose da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Durata e tempistiche della terapia:

Modalità di conservazione:

Indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi:

- Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico;
- Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati);
- Possibilità di auto-somministrazione.

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alla modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data, _____ Timbro e firma del medico