- PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Visto il Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola tra ATS Insubria, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona e Ufficio Scolastico Provinciale di Varese

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa ……

Contatto: ……..

in qualità di

- Specialista in ……
- Pediatra
- Medico di Medicina Generale

prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico all'alunno/alunna

Cognome e Nome: …….

Nato il …..... / ……. / ……. , Codice fiscale …….

residente a ……... in Via …….

affetto della/delle seguente/i patologia/e ……

……

Frequentante: *asilo nido* / *scuola infanzia* / *scuola primaria* / *scuola secondaria di 1°grado* / *scuola secondaria di 2 °grado*

nome istituto……, sito a ……

il/i seguente/i farmaco/i

Principio attivo: ……....

Nome commerciale e dosaggio: ……

Forma farmaceutica: ……..

Tempistiche somministrazione (giorni e orario) e/o evento che richiede la somministrazione:

……

Durata della prescrizione:

- *Continuativa*
- *dal …… / …… / …….. al …… / …… / ……..*

Dosaggio da somministrare: ……

Modalità di somministrazione:

- *da parte di terzi*
- *autosomministrazione*

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione

Indicazioni riguardanti la conservazione del/dei farmaco/farmaci: ……...

……

Eventuali ulteriori indicazioni: ……..

……

……

In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.

Prescrizione di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi: ***Sì*** / ***No***

Se sì,

Nome del farmaco: ……

Dose e modalità di somministrazione: ……...

Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco: ……..

In caso di richiesta di intervento, la scuola comunica all'operatore della Sala Operativa Regionale 112 che trattasi di un paziente per cui è attivo il "PROTOCOLLO FARMACO" e che necessita della somministrazione di adrenalina per rischio di anafilassi affinché l'evento sia gestito tempestivamente.

Il sottoscritto dichiara e attesta:

- l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico;
- 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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data

Firma e timbro del medico