

All.n.1A

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C.S.
Margherita di Navarra

Prescrizione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico (a cura del Medico curante)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico, all'alunno:

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ del plesso di _____

Indicazioni terapeutiche finalizzate ad una corretta gestione della situazione

Diagnosi: (Es. DIABETE MELLITO DI TIPO 1) _____

Sintomatologia: _____

Attività di routine

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario 1[^] dose _____ 2[^] dose _____ 3[^] dose _____
4[^] dose _____

Modalità di conservazione _____

Durata della terapia: _____

Possibili situazioni di crisi / emergenza

Eventi / sintomi che richiedono misure appropriate e/o farmaci diversificati (Es. IPOGLICEMIA CON PERDITA DI COSCIENZA) _____

Nome commerciale del farmaco (Es. GLUCAGEN HYPOKIT - scatola arancione)

Modalità di somministrazione (Es. INTRAMUSCOLO) _____

Dose _____ (Es. 1 mg (1 FIALA) _____)

Modalità di conservazione (Es. IN FRIGORIFERO o TEMPERATURA <25°C per 18 mesi)

Eventuali note di primo soccorso (Es. CONTATTARE IL 118) _____

Data _____

Timbro e firma del Medico