



Istituto Paritario "Maria Ausiliatrice"

Piazza Libertà, 9 - 21100 VARESE

Tel. 0332/291.712 – fax 0332/291.707

eMail: segreteria.liceo@scuolamariaausiliatrice.net

webSite: www.scuolamariaausiliatrice.com

Allegato 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità di garantire la continuità terapeutica
il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa _____

Contatto telefonico: _____, 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/a il ____ / ____ / ____

a _____ (____) Codice fiscale _____

residente a _____ (____)

in Via/Piazza _____

affetto/a dalla/dalle seguente/i patologia/e _____

Frequentante:

- ☐ Scuola dell'Infanzia /sezione Primavera
- ☐ Scuola Primaria
- ☐ Scuola Secondaria di primo grado
- ☐ Liceo delle Scienze Umane opzione Economico Sociale
- ☐ Liceo Scientifico sezione ad indirizzo sportivo

presso l'Istituto "Maria Ausiliatrice", Piazza Libertà, 9 – 21100 Varese

DEL/DEI 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

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: ☐ SI ☐ NO

Se SI, 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

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