SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA - DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

ALLEGATO N. 3 - Autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo.....
.....
Via.....
Località.....Provincia.....

e p.c. Ai Genitori di .....

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo a :

Cognome e Nome .....

nato a ..... prov.....il...../...../.....

residente a.....cap..... prov. .....

in via .....n°.....

tel.....oppure n°.....

che frequenta la classe ..... sez .....della scuola .....

sita in Località.....cap. ..... prov. .....

Via ....n° .....

A) Somministrazione quotidiana:

Nome commerciale del farmaco

.....

Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

Orario e dose da somministrare (barrare la scelta):

- ☐ Mattina ore.....dose.....
- ☐ Pranzo ore.....dose.....
- ☐ Pomeriggio ore.....dose.....

Modalità di somministrazione .....
.....
.....

Modalità di conservazione .....
.....
.....

Capacità del frequentante ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco

(come da certificazione medica allegata) SI ☐ NO ☐

B) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco
(specificare farmaco e dose):
.....
.....
Modalità di somministrazione .....
.....
Capacità del frequentante ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI ☐ NO ☐
Modalità di conservazione .....
.....
.....
Note per eventuali effetti collaterali
.....
.....
Note di formazione specifica per personale incaricato
.....
.....

C) Nome commerciale e dose del farmaco salvavita
.....
Modalità di somministrazione .....
.....
.....
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione .....
.....

Note per eventuali effetti collaterali
.....
.....

Note di formazione specifica per personale incaricato
.....
.....

Il farmaco deve sempre seguire il bambino/ragazzo in ogni spostamento al di fuori dell'edificio scolastico.

Salvo diverse comunicazioni, il presente protocollo si intende tacitamente rinnovato per tutta la durata del ciclo scolastico

Data .....

Medico PLS/PdC (Timbro e Firma)

.....

Recapiti telefonici del PLS/PdC .....

indirizzo e.mail .....