

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
AMBITO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_, vista la richiesta dei genitori e **constatata l'assoluta necessità**

**PRESCRIVE**

La somministrazione dei farmaci **salvavita o indispensabili** sottoindicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico all'alunno:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Frequentante la Scuola  dell'Infanzia  Primaria  Secondaria di I gr.  
dell'I.C. “G. Falcone” Classe/sezione \_\_\_\_\_ Anno Scolastico \_\_\_\_\_  
Affetto da \_\_\_\_\_

**Nome commerciale del farmaco 1 da somministrare:** \_\_\_\_\_

**Modalità di somministrazione:** \_\_\_\_\_

**Orario:** 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_ 4^ dose \_\_\_\_\_

**Durata della terapia:** \_\_\_\_\_

**Effetti collaterali:** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione:** \_\_\_\_\_

**Nome commerciale del farmaco 1 da somministrare:** \_\_\_\_\_

**Modalità di somministrazione:** \_\_\_\_\_

**Orario:** 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_ 4^ dose \_\_\_\_\_

**Durata della terapia:** \_\_\_\_\_

**Effetti collaterali:** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione:** \_\_\_\_\_

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del/i farmaco/i ad eccezione che si tratti di farmaco/i salvavita (barrare la scelta):

Nessuna autonomia  Parziale autonomia  Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** \_\_\_\_\_

**Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:** \_\_\_\_\_

**Dose:** \_\_\_\_\_

**Modalità di somministrazione:** \_\_\_\_\_

**Effetti collaterali:** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione:** \_\_\_\_\_

Indicazioni operative per interventi ed eventuali specifiche somministrazioni per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

*Il sottoscritto dichiara che tale somministrazione non richiede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi e modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.*

**Data,** \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico curante**  
\_\_\_\_\_