

Allegato 1

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatria o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (*Pediatria, Medico di Famiglia o Specialista*)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
- Dosaggio e orario
- Modalità di conservazione
- Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
- Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco