



ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza 10/A – 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO

tel 031 461447 - CF 80013500139

coic811002@istruzione.it

coic811002@pec.istruzione.it

<https://lnx.icsci.edu.it>

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità
Visto il Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola tra ATS Insubria, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona e Ufficio Scolastico Provinciale di Varese

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Contatto:

in qualità di

- Specialista in
- Pediatria
- 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 il / /, Codice fiscale

residente a in Via

affetto della/delle seguente/i patologia/e

Frequentante: *asilo nido / scuola infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1° grado / scuola secondaria di 2° grado*

nome istituto....., sito a

il/i 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: **Sì / No**

Se sì,

Nome del farmaco:

Dose e modalità di somministrazione:

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

ISTITUTO COMPRENSIVO DI CAPIAGO INTIMIANO

Via Serenza 10/A - 22070 CAPIAGO INTIMIANO CO

tel 031 461447 - CF 80013500139

coic811002@istruzione.it

coic811002@pec.istruzione.it

<https://lnx.icsci.edu.it>

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