

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

( all 1 )

**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**

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

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica ( Pediatra, 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