

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
(pediatra di libera scelta (pls) o medico di medicina generale (mmg))  
**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

affetto/a da (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO,  
DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO,  
DEL SEGUENTE FARMACO**

In caso di urgenza dovuta a \_\_\_\_\_  
che si manifesta con la seguente sintomatologia ( descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la  
somministrazione urgente del farmaco) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Tipologia di frigorifero (di tipo domestico o con display indicante la temperatura) \_\_\_\_\_

Durata della terapia \_\_\_\_\_

**SI DICHIARA**

**che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile , pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.**

Si certifica che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TIMBRO E FIRMA

(pediatra di libera scelta o del medico di medicina generale)

**Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:**

- stato di malattia dell'alunno
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non 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, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

**Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:**

1. nome e cognome dello studente;
2. nome commerciale del farmaco;
3. descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
4. dose da somministrare
5. modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
6. durata della terapia.