

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**

( *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

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

**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)*

**Medico:**

Cognome ..... Nome .....

Qualifica: .....

**Alunno:**

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Codice Fiscale .....

Scuola ..... Sezione .....

**Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico:**

Principio attivo	Nome commerciale	Forma farmaceutica	Modalità di somministrazione	Dosaggio e orario	Periodo	Modalità di conservazione	Evento per il quale somministrare il farmaco
					Dal ..... al .....		
					Dal ..... al .....		
					Dal ..... al .....		

Data .....

Timbro e firma del medico .....

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico**

Data .....

Timbro e firma del Dirigente Scolastico .....



# VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
Al/ai genitore/i dell'alunno  
Ai collaboratori scolastici dell'istituto  
Ai docenti di classe dell'alunno

**Oggetto:** Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed

integro del/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata

in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

come da indicazione Medico Pediatra di Libera Scelta dott. \_\_\_\_\_

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

- > nel seguente luogo: \_\_\_\_\_
- > con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma genitore \_\_\_\_\_ Firma dell'operatore ricevente \_\_\_\_\_