Allegato 2: compilazione a cura del PLS/MMG

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto

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

**OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco INDISPENSABILE/SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)**

L’alunno/alunna:

Cognome ………………………Nome ....................................... Nato il ............................................ a ...................................................... Residente a ......................................... in via/piazza .......................................................................... n.civico …. ........................................ affetto dalla seguente patologia:………………………………………………………………………. .............................................................................................................................................................

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non sanitario**, del seguente

☐**FARMACO SALVAVITA** ☐**FARMACO INDISPENSABILE**

|  |
| --- |
| **Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)**  Nome commerciale del farmaco: .........................................................................................................  Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Descrizione dettagliata dell’intervento terapeutico da mettere in atto: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Dose di somministrazione del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Modalità di somministrazione del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Modalità di conservazione del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Note: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)**  Nome commerciale del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Dose di somministrazione del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Modalità di somministrazione del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Modalità di conservazione del farmaco: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Note: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |

**Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell’alunno/a (per età, esperienza, addestramento**): ☐SI ☐NO

**☐Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.**

**☐Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell’edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del PLS/MMG

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