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

_____