

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**

*(PeJiatra o Medico ili 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