

Loghi AUSL

Servizio di .....

**Autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile di Strutture Educative/Direttore dell'Ente di Formazione Professionale della Scuola/Ente di Formazione:

Via \_\_\_\_\_  
Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario e ambito scolastico al bambino/a – ragazzo/a:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Data e Luogo di Nascita** \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ in Via e n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Frequentante la Classe \_\_\_\_\_

della Scuola / Servizio Educativo / Ente di Formazione \_\_\_\_\_

Anticipo \_\_\_\_\_ Posticipo \_\_\_\_\_ Trasporto \_\_\_\_\_

**A) SOMMINISTRAZIONE QUOTIDIANA DEL FARMACO**

**Nome Commerciale del Farmaco** \_\_\_\_\_

Durata della terapia:  Per il ciclo scolastico in corso  Per tutto l'anno scolastico in corso

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione:

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

Nota:

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

| ORARIO | DOSE | MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE |
|--------|------|-------------------------------|
|        |      |                               |
|        |      |                               |
|        |      |                               |

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'  NO

Loghi AUSL

Servizio di .....

**B) SOMMINISTRAZIONE AL BISOGNO / IN EMERGENZA**

**Si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati al bambino/a – ragazzo/a:

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

**Data di Nascita** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

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

**Nome Commerciale del Farmaco** \_\_\_\_\_

Durata della terapia:     Per il ciclo scolastico in corso     Per tutto l'anno scolastico in corso

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione:

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

Nota:

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

| ORARIO | DOSE | MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE |
|--------|------|-------------------------------|
|        |      |                               |
|        |      |                               |
|        |      |                               |

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI'     NO

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Medico (timbro e firma)