AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(*Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola tra Regione Toscana Direzione Generale del Diritto alla salute e Politiche di Solidarietà e Ministero dell'Istruzione- Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana del 30 marzo 2009***)**

Cognomeé é é é é é é é é é é é é é é é é ..Nomeé é é é é é é é é é é é é é é é

Data di nascitaé é é é é é .Residenteé é é é é é é é é é é é é .telefonoé é é é é é é é é é é

Scuolaé ..Classe/Sezioneé .....

Dirigente Scolasticoé .

==========

Constatato:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

SI AUTORIZZA

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

1° farmaco

Nome commerciale del farmacoé é

Dose e modalità di somministrazioneé é

Orario la 1a doseé é é é é é é é .2a doseé é é é é é ..3a doseé é é é é é é 4a doseé é é .

Durata terapiaé é

Modalità di conservazioneé .

Eventoé .

é ..

Eventuali note di primo soccorsoé ...

é é

2° farmaco

Nome commerciale del farmacoé é

Dose e modalità di somministrazioneé é

Orario la 1a doseé é é é é é é é .2a doseé é é é é é ..3a doseé é é é é é é 4a doseé é é .

Durata terapiaé é

Modalità di conservazioneé .

Eventoé .

é ..

Eventuali note di primo soccorsoé ...

Dataé é é é é é é ..

Timbro e firma del medico

_____

Si prega compilare in modo leggibile