PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

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**

*(Pediatra o Medico di 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

1. Nome del farmaco
2. Dose e modalità di somministrazione
3. Evento che determina l’esigenza di somministrazione del farmaco

Il medico deve altresì dichiarare che la somministrazione del farmaco richiesta non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, né in relazione all’individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.