MODULO C

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo

“A. De Blasio”

|  |
| --- |
| RICHIESTA Dl SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/ per terapie farmacologiche brevi -allegato al Certificato Medico |

**Compilazione a cura MEDICO**

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

Nome del farmaco:………………………………………………………………………………………………………………………………

Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (indicare se è conservato personalmente dallo stesso alunno) :

Modalità e tempi di somministrazione, posologia :

O Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico

O Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola ( genitori , personale medico o operatori specificatamente formati )

O Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

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

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace :

Data  IL MEDICO