A. S. L. AVEZZANO - SULMONA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

CERTIFICAZIONE ED AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI MINORI IN AMBITO SCOLASTICO - Allegato A

COGNOME ..... NOME .....

DATA DI NASCITA ..... RESIDENZA .....

..... TEL. .....

DIAGNOSI: .....

.....

.....

Considerata l'assoluta necessità di assunzione di farmaci, la somministrazione può essere effettuata in orario scolastico può essere effettuata secondo il seguente protocollo terapeutico :

NOME COMMERCIALE FARMACO .....

DOSE DEL FARMACO .....

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE: ☐ *ORDINARIA* ☐ *STRAORDINARIA*

☐ da parte della famiglia;

☐ da parte del personale docente o non docente generico;

☐ da parte del personale docente o non docente regolarmente formato in attività di pronto soccorso;

☐ (altro) .....

ORARIO 1^ DOSE ..... 2^ DOSE.....3^ DOSE .....4^ DOSE .....

DURATA TERAPIA .....

MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO .....

NOTE: .....

DATA .....

TIMBRO E FIRMA DEL
MEDICO O PEDIATRA DI BASE

VISTO PER L'AUTORIZZAZIONE ASL
SERVIZIO DI MEDICINA DI COMUNITA'

DATA _____