

Allegato B

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Dell'IC "VANVITELLI" di Caserta

OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco indispensabile e/o salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (a cura del Medico di base)

Il/lasottoscritto/a.....Nato/a a.....
il.....residente a..... in via.....

n.in servizio presso la sede diin qualità di
.....essendo affetto dalla seguente
patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....
.....

- Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

- Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento

Nome commerciale del farmaco.....
.....

Modalità di somministrazione
.....
.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco
.....

Dose

di

somministrazione:

Effetti collaterali.....

Si certifica, altresì, che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario. La non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco. La fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche.

Eventuali note:

.....
.....

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data _____

Timbro e firma del MMG