



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 – <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



PRESCRIZIONE MEDICO CURANTE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Vista la seguente patologia (di cui viene allegato il certificato di diagnosi):

da cui è affetta/o l'alunna/o

Cognome _____ Nome _____

frequentante la classe _____ dell'I.I.S. Euganeo di Este (PD);

nata/o a _____,

il _____,

residente a _____, in via _____;

constatatane l'assoluta necessità, si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati. Il Medico curante dichiara che la somministrazione dei suddetti farmaci non richiede possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto, pertanto è eseguibile nelle modalità indicate anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento.

INDICAZIONI TERAPEUTICHE FINALIZZATE AD UNA CORRETTA GESTIONE DELLA SITUAZIONE EMERGENZIALE

Diagnosi: _____

Sintomatologia: _____

Nome commerciale del farmaco salvavita: _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: _____

Modalità di somministrazione: _____

Dose da somministrare: _____



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 – <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



Modalità di conservazione del farmaco: _____

Capacità dello studente ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- ☐ Sì
☐ No

Necessità di **formazione specifica** da parte della Azienda USL nei confronti del **personale scolastico individuato per la somministrazione**

- ☐ Sì ☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

Con la sottoscrizione della presente, il Medico sottoscritto dichiara che la somministrazione dei suddetti farmaci non richiede possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto. La somministrazione pertanto è eseguibile nelle modalità indicate anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento.

Data _____

Timbro e firma del Medico

Recapiti telefonici utili:

➤ Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista:

Cellulare: _____, Ambulatorio: _____