

Allegato 3- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

VERBALE DI INFORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

Data, _____

Persone Presenti:

Figura	Cognome e Nome	Firma
Dirigente Scolastico		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno:

Cognome e Nome

nato a : _____

in data: _____

residente in via: _____

del comune di: _____

frequentante la classe: _____

della scuola: _____

non sede in Via: _____

del Comune di: _____

affetto da:

Riportare la patologia diagnosticata

Argomenti trattati - considerazioni:

Verifica completezza della documentazione autorizzativi (richiesta genitore + autorizzazione medico). Nominativi degli addetti individuati per la somministrazione di farmaci in caso di emergenza.

Verifica delle modalità di conservazione dei farmaci secondo la indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore.

Istruzioni d'uso del produttore del farmaco.

Descrizione dei sintomi del disturbo dell'alunno/studente (eventualmente data dal personale medico) Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico).

Effetti dei farmaci somministrati.

Altro: _____

