



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO OMNICOMPRESIVO DI ALANNO (PE)

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado,
Istituto Tecnico Agrario Statale, Istituto Professionale di Stato per l'Agricoltura e l'Ambiente
Sede legale: Via XX Settembre, 1 - ALANNO (PE) Tel. 085/8573102 Fax. 085/8573000
C.F. 80014910683 - C. M. PEIC81200E www.omnicomprensivoalanno.gov
E-mail: peic81200e@pec.istruzione.it peic81200e@istruzione.it

Prot. n. 4546/c276

Alanno, 18/09/2014

Ai Sig. Genitori dei convittori

e p. c. All'infermiera del Convitto
Agli educatori

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CONVITTO
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DEL MEDICO CURANTE;
DA CONSEGNARE ALL'INFERMIERA DEL CONVITTO)

I sottoscritti _____

genitori del convittore _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante nell'anno scolastico in corso 2014/15 la sezione del Convitto annesso

all'ITAS di Alanno,

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

l'infermiera e, nel caso di sua assenza, il personale educativo, alla somministrazione dei seguenti farmaci:

DENOMINAZIONE FARMACO	SP	NO	DENOMINAZIONE FARMACO	SP	NO
AspirinaC 20 CPR Eff C/VIT C			Glicerolo supposte		
Moment CPR			Buscopan 10 Mg		
Efferalgan efferv.			Enterogermina		

Mucosolvan bustine			Imodium CPS		
Oki bustine			Polarmin crema 25 g 1%		
Bioketasi			Voltaren Emulgel 60 g 1%		
Neoborocillina			Collirio stilla decongestionante		
Tachipirina CPR			Acqua ossigenata		
Bialcol med			Cicatrene crema		

Si chiede, inoltre, che il proprio figlio possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica _____

Allegare prescrizione del medico curante redatta secondo il modello di seguito fornito

Data

Firma

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

Telefono _____ Scuola _____ Classe _____

Nome commerciale del farmaco _____

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

Tempi e Modalità di somministrazione

Dose

Orario 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4a dose _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione

Eventuali note di primo soccorso

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione.

Data _____

Timbro e firma del medico o del pediatra
