

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

VERBALE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE 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 tratti - 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:
