

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:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---