Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria SC Promozione della Salute Via <u>Juvara, 22 - 20129</u> Milano Segreteria: 02-8578.3872 / 2707 / 4190

Segreteria: 02-85/8.38/2 / 2/0/ / 4190 e-mail: <u>promozionesalute@ats-milano.it</u>
PEC: <u>protocollogenerale@pec.ats-milano.it</u>

Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia, 52 CF e P.IVA 09320520969

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - ex DGR 6919/2017 (all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(PeJiatra o Medico (ili Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

- 1. Nome e cognome del medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale
- 2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
- 3. Nome, Cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
- 4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

Class. 2.02.03