

Allegato 6 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
Medico/Personale Sanitario		
Personale Scolastico incaricato della somministrazione		

Relativamente all'alunno: _____ nato/a _____ in data _____

residente in via: _____ del comune di _____ frequentante la

classe: _____ della scuola _____

con 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 le 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:
