|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\CStellini\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\IXTASWVV\ATS_Milano.jpg | Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria  SC Promozione della Salute  Via Juvara, 22 - 20129 Milano  Segreteria: 02-8578.3872 / 2707 / 4190  e-mail: [promozionesalute@ats-milano.it](mailto:promozionesalute@ats-milano.it)  PEC: [protocollogenerale@pec.ats-milano.it](mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it)  Sede Legale: Milano, 20122, Corso Italia, 52 CF e P.IVA 09320520969 | Class. 2.02.03 |

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

1. Nome del farmaco
2. Dose e modalità di somministrazione
3. Evento che determina l’esigenza di somministrazione del farmaco