

Allegato 3

VERBALE DI INFORMAZIONE E FORMAZIONE PER GLI ADDETTI ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI EMERGENZA

Data,

Luogo.....Inizio ore

Persone Presenti:

| Figura | Cognome e Nome | Firma |
|--|----------------|-------|
| Dirigente Scolastico | | |
| Medico | | |
| Personale Sanitario | | |
| Genitori | | |
| Personale scolastico incaricato della somministrazione | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Relativo all'alunno/a:

Cognome e nome

Nato/a a : _____

in data: _____

residente in via: _____

del Comune di: _____

frequentante la classe: _____

della scuola: _____

con sede in via: _____

del Comune di _____

affetto/a da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

Argomenti trattati - considerazioni: (scegliere il simbolo o)

- Verifica completezza della documentazione autorizzativa (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:

La seduta termina alle ore