

**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 .....