



REGIONE DEL VENETO

**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"FOLLADOR-DE ROSSI"**

Sito web: www.folladorderossi.gov.it

Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Insurrezione, 19/a – Tel. 0437/62015 – Fax 0437/63360

Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25 Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104

blis00600e@istruzione.it ♦ blis00600e@pec.istruzione.it



ALLIEVO: _____

CERTIFICAZIONE MEDICA PRESCRIZIONI FARMACI IN CASO DI:

FEBBRE

Se temperatura corporea da 37°c a 38°c:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE

Se temperatura corporea tra 38,1°c a 42°c:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

DOLORE

Dismenorrea:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					
BUSCOPAN 10 mg					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Cefalea con NRS tra 0 e 5:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Cefalea con NRS tra 6 e 10:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Dolori muscolo-scheletrici:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Dolori addominali con NRS tra 0-5:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					
BUSCOPAN 10 mg					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Dolori addominali con NRS tra 6 e 10:

NESSUN FARMACO:

OPPURE:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
TACHIPIRINA 500 mg					
NUROFEN 200 mg					
ASPIRINA/ ASPIRINA C					
BUSCOPAN 10 mg					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Nausea / Vomito / Difficoltà digestive:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA	FARMACO DI PRIMA SCELTA	FARMACO DI SECONDA SCELTA SE IL PRIMO NON FOSSE SUFFICIENTE
BIOCHETASI					
MAGNESIA					

Altro farmaco NON fornito dall'istituto ma tenuto in giacenza in infermeria su richiesta della famiglia:

NOME FARMACO	QUANTITA' COMPRESSE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA UNA SOMM.NE E LA SUCCESSIVA

Autorizzazione/negazione uso disinfettanti:

NOME DISINFETTANTE	AUTORIZZO	NEGO
CLOREXIDINA DIGLUCONATO 1G/100ML		
IODOPOVIDONE 10%		

Autorizzazione/negazione uso creme/pomate:

NOME CREMA/POMATA	AUTORIZZO	NEGO
VOLTAREN EMULGEL 1% GEL		
CONNETTIVINA 0,2% CREMA		
FOILLE SOLE CREMA		
AUREOMICINA 3% UNGUENTO		
SOFARGEN 1% CREMA		

ALTRE PRESCRIZIONI DI FARMACI CHE IL CONVITTORE FARA' CONSERVARE IN INFERMERIA E CHE SI AUTOSOMMINISTRERA' SOTTO SUPERVISIONE DEL PERSONALE IN SERVIZIO:

NOME FARMACO CON POSOLOGIA	QUANTITA' COMPRESSE	MOTIVAZIONE	CARATTERISTICHE OGGETTIVE DA MONITORARE	DOSE MAX/DIE	INTERVALLO DI TEMPO TRA LE SOMMINISTRAZIONI

Le prescrizioni potranno essere considerate valide:

<input type="checkbox"/>	Solo per l'anno scolastico in corso
--------------------------	-------------------------------------

<input type="checkbox"/>	Per tutti gli anni scolastici
--------------------------	-------------------------------

Se la prescrizione fosse ritenuta valida per tutti gli anni scolastici il curante in accordo con i genitori dovrà comunicare a codesto Istituto le eventuali modifiche, fornendo una nuova prescrizione.

Il curante inoltre dovrà segnalare eventuali ALLERGIE o INTOLLERANZE e sarà cura dei genitori far pervenire la documentazione in merito.

Firma e Timbro del medico

Firma entrambi genitori

Data: _____