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

Data: ……

Persone Presenti:

FIGURA	COGNOME E NOME	FIRMA
Presidente/Legale Rappresentante		
Medico		
Personale Sanitario		
Personale incaricato della somministrazione		

Relativamente all'utente:_____

Cognome e Nome

nato a:_____ in data:_____

residente in Via:_____ Località:_____

frequentante la classe:_____

affetto da:_____

riportare la patologia diagnosticata

Argomenti trattati – considerazioni:

- ☐ 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 le indicazioni riportate dal medico e dalle istruzioni del produttore
- ☐ Istruzione d'uso del produttore del farmaco
- ☐ Descrizione dei sintomi del disturbo dell'utente (eventualmente data dal personale medico)
- ☐ Descrizione delle modalità di intervento (eventualmente data dal personale medico)
- ☐ Effetti dei farmaci somministrati
- ☐ Altro:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____