



# SCHEDA SANITARIA

Cognome .....

Nome .....

TESSERA SANITARIA/ cod.Fisc. N° .....

ALLERGIE (SPECIFICARE)	
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture d'insetti	
alimenti	

Altro: .....

Eventuale documentazione allegata inerente allergie:

.....

Intolleranze alimentari: .....

Data: (firma del genitore)



## AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORENNI

Prot. n° \_\_\_\_\_

Al resp.  
soggiorno estivo  
al rifugio Monte Marca  
Località Bielmonte ,9A  
13844 Piatto (BI)

Il/La sottoscritto/a

-----

genitore/tutore di

-----

di anni \_\_\_\_ residente in

-----

CHIEDE

- la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica come prescrizione medica allegata.
- sia continuata la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica.
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, al proprio figlio, di cui allegano prescrizione medica.
- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica, come da prescrizione medica allegata.

Autorizzo contestualmente, il personale identificato dal responsabile del rifugio, alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica, di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

S'impegna a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione con posologia, orario e modalità. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.  
Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici:-----

Firma data località,

\_\_\_\_\_  
\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.  
In fede

\_\_\_\_\_  
Modulo da consegnare il giorno dell'arrivo al campo



RIFUGIO  
Monte  
Marca



## PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

## ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Vista la richiesta dei genitori relativa alla partecipazione al soggiorno estivo presso il rifugio escursionistico Monte Marca e, constatata l'assoluta necessità si prescrive all'assistito/a

Cognome e nome

-----

Data di nascita

-----

residente a

-----

-----

la somministrazione, da parte di personale non sanitario, del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

-----

Modalità di somministrazione

-----

Orario:

1a dose \_\_\_\_\_

2a dose \_\_\_\_\_

3a dose \_\_\_\_\_

4a dose \_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco

-----

note

-----

-----

-----

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Rif. telefonico del medico in caso di emergenza

-----

Modulo da consegnare il giorno dell'arrivo al campo