



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