Io sottoscritto/a (nome e cognome genitore) ........................................................ in qualità di padre/madre/tutore di …................................................., iscritto per l'anno scout 2016/2017 al gruppo scout Agesci Varese 8, autorizzo i capi censiti nel suddetto gruppo a somministrare a mio figlio/a, durante le attività scout ed in caso di effettiva necessità, i seguenti medicinali di automedicazione (non soggetti a ricetta medica):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome** | **Principio attivo** | **Indicazioni terapeutiche** |
| [ ] | Fenistil gel | Dimetidene maleato (FU) | Trattamento sintomatico locale di dermatiti pruriginose, eritema solare, punture d'insetto |
| [ ] | Fitostimoline (crema e garze impregnate) | Triticum volgare; fenossietanolo | cicatrizzante |
| [ ] | Paracetamolo | Paracetamolo | Analgesico e antipiretico |
| [ ] | Cetirizina | Cetirizina | Trattamento delle riniti allergiche e vasomotorie, prevenzione dell'orticaria, trattaemnto delle eruzioni allergiche cutanee, del prurito e delle punture d'insetto |
| [ ] | Betadine crema | Iodopovidone | Antisettico ad ampio spettro per la prevenzione ed il trattamento infezioni di piccoli tagli, abrasioni ed ustioni di area limitata. Trattamento di infezioni cutanee micotiche e piodermiti |
| [ ] | Lattulosio | Lattulosio | Trattamento a breve termine della stitichezza ocasionale |
| [ ] | Arnica gel | Arnica, menta piperita | Gel rinfrescante e idratante |
| [ ] | Ossido di zinco | Ossido di zinco | Irritazioni cutanee ed arrossamenti; lenitiva degli stati dolorifici (botte) |
| [ ] | Gentalyn crema\* | Gentamicina | Antibiotico ad ampio spettro: trattamento di infiammazioni cutanee associate ad infezioni batteriche e di ustioni, escoriazioni e ferite già infette o a rischio di contaminazione batterica |

La presente autorizzazione si intende valida anche per gli anni successivi, salvo diversa decisione dell'interessato, da comunicarsi , anche oralmente, ai capi-gruppo.

Firma Data

…............................... ….......................................

\* Il Gentalin sarebbe un medicinale soggetto a prescrizione medica, ma sarà utilizzato come farmaco di primo soccorso per il trattamento di infiammazioni di estensione estremamente limitata