

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

Nato il.....a.....

Residente a.....in via.....N.....

Frequentante la classe.....della Scuola.....

Sita a.....in via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....

Modalità di somministrazione:

.....

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante