

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/A

Cognome.....Nome.....

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

Residente a.....

In Via.....n.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

Sita a.....in Via.....n.....

Dirigente Scolastico.....

Affetto da.....

Nome commerciale del farmaco da somministrare.....

Modalità di somministrazione.....

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