

**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.....
.....

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

sita a
.....inVia.....
.....

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