

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

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 ila.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola

sita a in Via

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

Salvavita

Indispensabile

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 (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.....

.....

.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....