

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 il a.....

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
