

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI
MEDICINA GENERALE O SPECIALISTICA) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

(da far compilare al medico)

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 IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

residente a _____ in via _____

Telefono _____ Classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

affetto dalla seguente patologia _____

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

necessita della somministrazione del seguente farmaco _____

FARMACO

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario: 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4° dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra