

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- *da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;*
- *da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medicocurante prescrittore.*

- **ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,**
- **ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO EQUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,**
- **ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONISPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____

il _____

Residente a _____

in via _____

dell'Istituto _____

Sito a _____

in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ **al** _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ **al** _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Luogo e data _____

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

TIMBRO