Allegato 2

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 ……in Via……..

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