

Allegato 2

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE o AUTOSOMMINISTRAZIONE (*cancellare la voce che non interessa*) DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO o DELL'ALUNNO STESSO (*cancellare la voce che non interessa*), 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 _____
Dirigente Scolastico _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____
Modalità di somministrazione _____ Dose _____
orario: 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^dose _____ 4^dose _____
Durata terapia: dal _____ al _____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note (*eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco*)

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra
