

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e accertata l'assoluta necessità si prescrive all'alunno la somministrazione, in orario scolastico, da parte di personale non sanitario, dei farmaci di seguito elencati.

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

residente a _____ in via _____

telefono _____ classe _____

scuola _____

sita a _____ in via _____

dirigente scolastico _____

del seguente farmaco:

nome commerciale del farmaco _____

modalità di somministrazione _____

dose _____, orario _____

durata terapia _____ entro i limiti del singolo anno scolastico (20____/20____),

dal _____, al _____,

oppure: evento che richiede la somministrazione del farmaco (non discrezionale) _____

Terapia di mantenimento _____

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata) _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Dichiara, ai fini della somministrazione, che è possibile la somministrazione da parte del personale non sanitario.

Note _____

Data.

Timbro e firma del medico