

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;

Considerato che trattasi di farmaci somministrabili da personale non sanitario senza esercizio di discrezionalità;

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 avia.....

Frequentante la classe.....della scuola..... plesso

Affetto da:

Nome/i commerciale/i del farmaco da somministrare:

.....

Modalità di somministrazione:

.....
.....

Eventuali orari: 1^ dose; 2^ dose; 3^ dose.....; 4^ dose..... ;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Eventuale Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione esatta dell'evento che richiede la somministrazione ed azioni successive:

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Ulteriori note.....

Data e luogo

Timbro e Firma del Medico curante