

Allegato

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

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 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).....

Evento

Eventuali note di primo soccorso

Modalità di somministrazione del farmaco:.....

Dose.....

Orario: 1° dose 2° dose 3° dose..... 4° dose

Durata terapia: dal al.....

Modalità di conservazione del farmaco

Note

Data.....

Timbro e firma del Medico
(di Medicina Generale o del Pediatra)