

(Da compilare a cura del medico)

**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 constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome..... Nome.....
Data di nascita Residente a
in via Telefono
Classe della Scuola
sita a in via
Dirigente Scolastico

Piano terapeutico del farmaco da somministrare

Stato di malattia certificato.....
Nome commerciale del farmaco e principio attivo
Forma farmaceutica.....
Modalità di somministrazione Dosaggio
Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)
dal al.....
Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito SI NO

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

Modalità di conservazione del farmaco:

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Data Timbro e firma del Medico