

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER L'A.S. /....

-da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;

-da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI
SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

nome _____ cognome _____

nato a _____ il _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto _____

classe _____ sede _____

Affetto/a da _____

in caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

SI NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO _____

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dosaggio _____

Orario 1^a dose _____ 2^a dose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note: _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE/SPECIALISTA
