

**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<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> 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

\_\_\_\_\_