


PRESCRIZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI
**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
 ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO 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 ORARIO SCOLASTICO, ALL'ALUNNO

Cognome _____ Nome _____

Nato il ___ / ___ / ___ a _____ provincia _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe ___ sez ___ indirizzo _____ sede _____

Affetto da _____

Nome commerciale del farmaco da somministrare: _____

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta) Salvavita Indispensabile

Modalità di somministrazione: _____

Orario: 1[^] dose _____ ; 2[^] dose _____ ; 3[^] dose _____ ; 4[^] dose _____ ;

Durata della terapia: _____

Modalità di conservazione: _____

Capacità dell'alunno all'auto-somministrazione del farmaco: (barrare la scelta)

 Parziale autonomia Totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare: _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: _____

Dose: _____

Modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Note

Roma, ___ / ___ / ___

Timbro e Firma del Medico curante
