

ALL. 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(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 GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,

ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SOTTOINDICATO/I 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/A

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____

FREQUENTANTE LA CLASSE _____ DELL'ISTITUTO _____

SITO A _____ IN VIA _____

AFFETTO DA _____

NEL CASO IN CUI SI VERIFICHINO _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del/dei farmaco/i _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del/dei farmaco/i _____

Note _____

Data

FIRMA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MMG/SPECIALISTA

TIMBRO