

**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

