

**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 o dell'alunno maggiorenne e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTO INDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome
 Data di nascita Codice fiscale
 Residente a in via
 Telefono
 Classe della Scuola/Convitto
 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.....
 Dosaggio Modalità di conservazione del farmaco.....
 Modalità e tempi di somministrazione del farmaco.....

 Gestione dei dispositivi.....

 Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)
 dal..... al.....
 Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito ☐ SI ☐ NO
 Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

 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