

**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 _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la sezione/classe _____ della scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente scolastico: Maria Concetta Rosafio

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 auto-somministrazione 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

_____, _____
(luogo e data)

(timbro e firma del medico)