

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
SALVAVITA 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'ULSS competente (Dipartimento di prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.*

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,

**ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI
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/ALUNNA

Cognome _____ nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ sez _____ plesso _____

Sito a _____ in via _____

Affetto/a da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1° dose _____ 2° dose _____ 3 °dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco:

Note:

NOME COMMERCIALE del farmaco

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

DOSE _____

ORARIO 1° dose _____ 2° dose _____ 3 °dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco:

Note: _____

Data , _____

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Timbro

Modulo conforme alle Linee guida della Regione Veneto