

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 NECESSITÀ 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:** _____

Data

Firma del pediatra di libera
scelta/MMG/specialista

Timbro