

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA /MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

ALUNNO/A

Cognome.....Nome.....

Data e Luogo di nascita.....Residente a

In Via.....Telefono.....

Classe.....della Scuola.....

Sita a.....in Via.....

Dirigente Scolastico.....

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....**Dosaggio**.....

Orario somministrazione.....

Durata della terapia: dal**al**.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

TERAPIA D'URGENZA

Farmaco.....

Dose.....

Modalità di somministrazione.....

Note.....

Data.....//.....//.....

Timbro e firma del Medico.....