

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBI- TO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PAR- TE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascitaResidente a

in via Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione

.....
.....

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^ dose 2^ dose 3^dose 4^ dose

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

note
.....

Data_____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra