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…………………………………………..

Data 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 ……………………………….. Dose ………………………..

Orario: … … … … Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico ………-.….)

dal……………………….. al……………………………..

Terapia di mantenimento: …….………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): ……

……………………………………………………………………………………………………..

Modalità di conservazione del farmaco: ………………………………………………………

Note …………………………………………………………….…………………………………

……………………………………………………………………………………………………..

Data ……………… Timbro e firma del Medico

 ……………………………..