

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE(MEDICO 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 sotto indicati da parte del personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico all'alunno/a

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

Data di nascita..... residente a .....

In via..... Telefono.....

Classe ..... della scuola.....

Sita a ..... via.....

Dirigente Scolastico.....

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... dose.....

Orario: I dose..... II dose.....III dose..... IV dose.....

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

Modalità di conservazione del farmaco.....

Terapia d'urgenza

Farmaco.....

Dose .....

Modalità di somministrazione .....

.....

.....

Note.....

Data.....

Timbro e firma dl medico