

ALL. 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI 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'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore)*

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,

ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SOTTOINDICATO/I 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/A

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

FREQUENTANTE LA CLASSE \_\_\_\_\_ DELL'ISTITUTO \_\_\_\_\_

SITO A \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_

AFFETTO DA \_\_\_\_\_

NEL CASO IN CUI SI VERIFICHINO \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del/dei farmaco/i \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del/dei farmaco/i \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MMG/SPECIALISTA

TIMBRO