

Allegato 2

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

- Vista la richiesta dei genitori;
- Constatata l'assoluta necessità;
- Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_

frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola  dell'infanzia  primaria  secondaria di I grado

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

del seguente farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Orario I dose \_\_\_\_\_ Orario II dose \_\_\_\_\_ Orario III dose \_\_\_\_\_

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

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico di medicina generale o pediatra