

Allegato 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O
FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

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

Cognome.....Nome

Nato a il residente a

in via..... frequentante la classe/sezione.....

dell'I.C. 5 E. Montale – Na, plesso, affetto/a da

A) Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Somministrazione quotidiana:

Dose da somministrare

Orario: 1[^] dose; 2[^] dose.....; 3[^] dose.....; 4[^] dose.....;

Modalità di somministrazione

Note.....

Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....

Modalità di conservazione

Note

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta):

Sì No

B) Nome del farmaco salvavita

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

Modalità di conservazione

Note

Data, Timbro e Firma del Medico curante