Allegato n.2

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 ……..……

Piano terapeutico del farmaco da somministrare

Stato di malattia certificato……...

Nome commerciale del farmaco e principio attivo …….

Forma farmaceutica……..

Modalità di somministrazione …… Dosaggio……..

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

dal…….. al……..

Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito……SI NO

Terapia di mantenimento: ……..……..

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

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

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco……

……..
La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data …… Timbro e firma del Medico