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 o dell'alunno maggiorenne e constatata l'assoluta necessità

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

Cognome …….……. Nome ……..……..

Data di nascita ……..……. Codice fiscale …….……

Residente a ……. in via ……..…….

Telefono ……..……..……

Classe …….. della Scuola/Convitto ……..……..

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……..……..

Dosaggio …….. Modalità di conservazione del farmaco…….

Modalità e tempi di somministrazione del farmaco……..……

……

……

Gestione dei dispositivi……. ……..……

……..…….

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

dal…….…….. al……..……

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito ☐ SI ☐ NO

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

……..…..

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