

**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 \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

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

Dirigente scolastico: Maria Concetta Rosafio

**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 auto-somministrazione 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

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)