

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

- Vista la richiesta dei genitori;
- Constatata l'assoluta necessità;
- Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all'orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco)

SI PRESCRIVE

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

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ Residente a _____

in via _____ n° _____ Telefono _____

classe _____ sez. _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

Dirigente scolastico Dott.ssa _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____ Dose _____

Orario: 1° dose _____ 2° dose _____ 3° dose _____ 4° dose _____

Durata della terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note:

Comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti i sintomi:

Comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace:

Formazione e informazione "in situazione" effettuata da: _____

Il _____

Floridia, lì _____

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta