

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Vista la richiesta dei Genitori e constatata l'assoluta necessità, in caso di

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

si prescrive la somministrazione del farmaco sotto indicato:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario: 1^ dose \_\_\_\_\_

2^ dose \_\_\_\_\_

3^ dose \_\_\_\_\_

4^ dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in ambito ed in orario scolastico all'alunno / a:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Plesso e classe: \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico: Prof.ssa Giuntella Maria Elisa

Si precisa che la somministrazione del predetto farmaco *“non richiede il possesso di cognizione specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto”* (art. 2 delle “Linee guida per la somministrazione di farmaci” del 25.11.2005 del MIUR / Ministero della salute)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale  
o Pediatra