

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