

**Prescrizione del medico curante (PLS, MMG, Pediatra del Servizio di Pediatria dell'Azienda Sanitaria)
alla somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte del personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico

ALL'ALUNNO

cognome nome

nato il a , residente a in

indirizzo , frequentante la classe sez.

della scuola

località nell'anno scolastico

affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose ; 2^a dose ; 3^a dose ; 4^a dose

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta)

parziale autonomia totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

Dose:

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione:

Note:

(Luogo e data), il

Firma e timbro del medico curante
