

**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 o dell'alunno maggiorenne e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTO INDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome
Data di nascita Codice fiscale
Residente a in via
Telefono
Classe della Scuola/Convitto
sita a in via
Dirigente Scolastico

PIANO TERAPEUTICO DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE

Stato di malattia certificato.....

Nome commerciale del farmaco e principio attivo.....
.....

Forma farmaceutica.....

Dosaggio Modalità di conservazione del farmaco.....

Modalità e tempi di somministrazione del farmaco.....
.....
.....

Gestione dei dispositivi.....
.....

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico)

dal..... al.....

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito SI NO

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):
.....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data

Timbro e firma del Medico