

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 e constatata l'assoluta necessità

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.....Telefono.....

Scuola.....Classe.....

Dirigente Scolastico.....

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco:

Modalità di somministrazione.....Dose.....

Orario 1^dose..... Orario 2^dose..... Orario 3^dose.....

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

note.....

Data

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra
