**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**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 DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL’ALUNNO

Cognome……………………………………………………………Nome ..................................................................... Nato il ...................................... a................................................................................. .

Residente a ..................................................................... in via .............................................................

In caso di *(descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del/dei farmaco/i)* ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**FARMACO/I DA SOMMINISTRARE**

|  |  |
| --- | --- |
| nome del farmaco  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| tipologia  | ᬆ salvavita ᬘ indispensabile |
| Modalità di somministrazione: |  |
| Orario e/o dosi:  |  |
| Durata della terapia:  |  |
| Modalità di conservazione |  |

|  |  |
| --- | --- |
| nome del farmaco  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| tipologia  | ᬆ salvavita ᬘ indispensabile |
| Modalità di somministrazione: |  |
| Orario e/o dosi:  |  |
| Durata della terapia:  |  |
| Modalità di conservazione |  |

**È prevista l’autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell’alunno SI □ NO □**

|  |
| --- |
| **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 ...................

 **Timbro e Firma del Medico curante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_