

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 E IN ORARIO SCOLASTICO**

Dati relativi all'alunno/a

Cognome..... Nome.....
data di nascita.....residente a.....
telefono.....scuola.....classe.....
nome commerciale del farmaco.....

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....
.....
.....

Tempi e modalità di somministrazione

.....
.....
.....

Dose

.....
.....
.....

Orario 1° dose.....2° dose.....3° dose.....4°dose.....

Durata terapia

.....

Modalità di conservazione

.....
.....

Eventuali note di primo soccorso

.....
.....
.....

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione

Data

Timbro e firma del medico o del pediatra