SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO **Allegato 2**

PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICIMA GENERALE/PEDIATRE DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____ Qualifica:

□ Medico di Medicina Generale □ Pediatra di Famiglia □ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ …. e constata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SS

A: Nome e cognome _____

nato a _____il ___/___/_____/ Provincia di _____

CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| frequentante la classe _____

della scuola (indicare tipo: Primaria, Secondaria 1° grado, Secondaria 2° grado e denominazione)

_____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo: _____
- Nome commerciale: _____
- Forma farmaceutica: _____
- Modalità di conservazione: _____
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____al_____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: _____ _____
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione:_____ _____
- auto-somministrazione o da parte di terzi.

In ogni caso il Medico precisa che: **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive: _____

_____

Data _____ Firma e timbro del Medico

_____