



Progetto cofinanziato dall'Unione europea

Modello A

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI E/O DELL'ASSISTENZA SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome.....

Data di nascitaResidente a

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1^ dose 2^ dose 3^dose 4^ dose

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

Note/descrizioni interventi

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

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra