

Al Dirigente Scolastico

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- Vista la richiesta dei genitori;
- constatata l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico secondo quanto sotto specificato
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alla modalità di somministrazione e conservazione del farmaco

SI PRESCRIVE

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

Cognome Nome.....

Data di nascita

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Forma farmaceutica e dosaggio

Principio attivo

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione
.....
.....

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Tempistica della terapia:

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

Durata terapia: dal al

Note
.....

Data

Timbro e firma del Medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata