

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta della famiglia e constatata l'assoluta necessità,

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

Classe

Indirizzo

Plesso

Nome commerciale del farmaco

Evento che richiede la somministrazione del farmaco:

.....
.....

Tempi e modalità di somministrazione del farmaco:

Dose

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

Durata terapia

Modalità di conservazione

Eventuali note di primo soccorso:

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico

.....