

Allegato 2: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA FARMACOLOGICA ”

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione, da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico, all'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____ Classe _____

sez. _____ dell' Istituto Sarpi, affetto dalla seguente

patologia _____ del seguente farmaco:

- Nome commerciale del farmaco

- Modalità di somministrazione

- Orario di somministrazione/dose:

- Durata terapia: dal _____ al _____ oppure tempo

indeterminato

- Modalità di conservazione del farmaco:

Note _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

nota

Nell'eventuale necessità di somministrazione di più farmaci, compilare un secondo modulo.