Dati medico prescrittore

Pediatria di Comunità
PEC: azienda@pec.auslromagna.it

Oggetto: PRESCRIZIONE FARMACI IN AMBITO EDUCATIVO – SCOLASTICO A CURA DEL PLS / MMG

Si certifica che:

Cognome e nome del/la minore _____ nato il _____

residente a _____ via _____ tel. _____

Frequentante la struttura educativo-scolastica

_____

Classe _____ Sezione _____

PEC della Struttura _____ E-mail della struttura _____

Necessita della seguente terapia da somministrare in ambito educativo scolastico.

Nome commerciale del/i farmaco/i _____

_____

Dosaggio _____

Orario di somministrazione_____ Via di somministrazione _____

Durata della terapia_____ Modalità di conservazione _____

Descrizione dell'evento per il quale si richiede la somministrazione del/i farmaco/i (es: anafilassi):

_____

_____

_____

_____

Farmaco salva vita SI ☐ NO ☐

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco SI ☐ NO ☐

Note: _____

IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE (recapiti telefonici dei genitori o tutori legali)

_____

Data _____ Timbro e firma del PLS/MMG