



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

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

Cognome ..... Nome .....

nato il ..... a .....

residente a ..... in via .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

sita a ..... in via .....

affetto da .....

nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Tipologia del farmaco (barrare la scelta):

● SALVAVITA	● INDISPENSABILE
-------------	------------------

modalità di somministrazione: .....

orario: 1^ dose .....; 2^ dose .....; 3^ dose .....; 4^ dose .....

durata della terapia: .....

modalità di conservazione: .....

capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

parziale autonomia

totale autonomia

<b>Terapia d'urgenza</b>		
Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....		
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: .....		
Dose: .....		
Modalità di somministrazione: .....		
Modalità	di	conservazione:
.....		

Note .....

luogo e data ..... il .....

Timbro e Firma del Medico curante

.....