

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Vista la richiesta dei genitori e accertata l'assoluta necessità si prescrive all'alunno la somministrazione, in orario scolastico, da parte di personale non sanitario, dei farmaci di seguito elencati.**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
scuola \_\_\_\_\_  
sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
dirigente scolastico \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco:**

nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_  
modalità di somministrazione \_\_\_\_\_  
dose \_\_\_\_\_, orario \_\_\_\_\_  
durata terapia \_\_\_\_\_ entro i limiti del singolo anno scolastico (20\_\_\_\_/20\_\_\_\_),  
dal \_\_\_\_\_, al \_\_\_\_\_,  
oppure: evento che richiede la somministrazione del farmaco (non discrezionale) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia di mantenimento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara, ai fini della somministrazione, che è possibile la somministrazione da parte del personale non sanitario.

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data.

Timbro e firma del medico