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 constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome ……. Nome……..
Data di nascita ……..Residente a ……. in via ……. Telefono …….
Classe …….…….. della IIS Vincenzo Capirola sede di ……. Dirigente Scolastico ……..

Piano terapeutico del farmaco da somministrare

Stato di malattia certificato:……...

Terapia continuativa

Nome commerciale del farmaco: ……..
Forma farmaceutica: ……..
Dosaggio: …….…….. Orario: ……..…….
Modalità di conservazione del farmaco: ……..……
Durata terapia *(entro i limiti del singolo anno scolastico)* dal…….. al…….…..……..
Modalità di somministrazione : ……..……
Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito SI NO

In caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata)

Nome commerciale del farmaco: ……..
Forma farmaceutica: ……..
Dosaggio: ……..…..
Modalità di conservazione del farmaco: ……
Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco *(sintomi, tempi di somministrazione, se in presenza di più farmaci, ordine con i quali vanno somministrati e tempi di attesa tra le*

somministrazioni, ecc.)

……...….

……...…

……..……

……...……..……

……...……..……

……...……..……

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Data …… Timbro e firma del Medico