

PRECRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO 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 IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A:

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residenza _____ Via _____
Telefono _____ Cell. _____
Frequentante la scuola _____
Sita in _____ via _____
Classe _____ Sez _____
Dirigente scolastico _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____
Modalità di somministrazione _____ Dose _____
Orario: 1[^] dose: _____ 2[^] dose: _____ 3[^] dose: _____
Durata terapia _____ al _____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra
