

PRESCRIZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che

cognome.....nome.....
nato/a il..... a.....
residente a .....via.....
telefono.....
frequentante la Scuola.....classe.....

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Nome commerciale del/i farmaco/i.....
.....

Descrizione dell'evento per il quale si richiede la somministrazione del/i farmaco/i
(es. crisi convulsiva, accesso asmatico acuto, ecc.) .....
.....
.....
.....

Dose, orario e modalità di somministrazione.....
.....
.....

Durata della terapia.....
.....

Modalità di conservazione.....
.....

Eventuali note.....
.....

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

IN CASO DI NECESSITA' CONTATTARE

.....

Data.....

Timbro e firma del medico
(PLS o specialista AUSL)

N.B.: IL MODULO DEVE ESSERE REDATTO IN MODO CHE SIA CHIARAMENTE LEGGIBILE IN OGNI SUA PARTE