

PRESCRIZIONE 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;
- Visto lo stato di malattia dell'alunno;
- Vista la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- Dichiarata la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- Vista la fattibilità della somministrazione del farmaco da parte di personale non sanitario

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA INDISPENSABILE SOTTOINDICATO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNA/O:

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Classe _____ della scuola _____

dell'I.C. "De Amicis – Don Milani " di Randazzo, sita in via _____ ,

Dirigente Scolastico prof. Salvatore Malfitana

DEL SEGUENTE FARMACO:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione: _____

Dose: _____

Orario: 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____ 4^ dose _____

Durata terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Evento: _____

Eventuali note di primo soccorso

Data _____ Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra
