IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità

SI PRESCIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO

dati relativi all’alunno/a

Cognome…………………………………Nome…………………………………………………………………………

data di nascita…………………………residente a…………………………………………………………………….

telefono…………………………………scuola………………………………..classe………………………………..

nome commerciale del farmaco………………………………………………………………………………………..

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………

Tempi e modalità di somministrazione

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dose

……………………………………………………………………………………………………………………………..............

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Orario 1° dose……………………2° dose…………………..3° dose……………………….4°dose……………….

Durata terapia

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Modalità di conservazione

……………………………………………………………………….......................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Eventuali note di primo soccorso

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l’intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione

Data …………………………….

Timbro e firma del medico o del pediatra