***PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO 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 ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO

Cognome: Nome:

Nato il: a:

Residente a

In via:

Frequentante la classe: della scuola:

Sita a: in via:

Affetto da:

In caso di allergia, dichiarare il tipo (es. cacao, fave, carote, crisantemo, polline, ecc):

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

Salvavita Indispensabile

Modalita di SOMMINISTRAZIONE: Orario: 1^ dose ....................2^dose………………….3^ dose……………4^dose………………….

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

Parziale autonomia Totale autonomia

*Terapia d’urgenza*

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di Conservazione:

Note:

Data e luogo Firma e Timbro del medico curante

INDICAZIONI PER LA FAMIGLIA:

Il presente modulo, una volta firmato e timbrato dal medico, va scannerizzato (o fotografato) ed inviato alla mail modulisticadidattica@istitutogiovagnoli.it