

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

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Nome e cognome del bambinoData di nascita ___ / ___ / ___

Residete a In via

Frequentante la scuola dell'infanzia "don Negrini". via sabotino 5, a Volpino di Costa Volpino.

DEL SEGUENTE FARMACO

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione..... Dose da somministrare.....

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia dalal.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (eventuale)

.....
.....

Note di pronto soccorso (prassi)

.....
.....

Data

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra

.....