## Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

## ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO

***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………………………………………………………………………………………………………..

Dirigente scolastico………………………………………………………………………………………………………………………………

Affetto da ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: .......................................................................................................

# **Modalità 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 ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (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,** ……………………………………

**Timbro e Firma del Medico curante**