

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato 5: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER EVENTI OCCASIONALI ”

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in presenza di eventi occasionali acuti

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza**:

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

In via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ In via _____

Dirigente Scolastico _____

affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose: _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra