

### Allegato 3

#### **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;
- constatata l'assoluta necessità;
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

#### **SI PRESCRIVE**

#### **LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E 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 .....

#### **del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: 1^ dose ... .. 2^ dose ... .. 3^dose ... .. 4^ dose ... ..

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

note .....

.....

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra