MODULO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
del Liceo "Carlo Porta"

Vista la richiesta dei genitori (o degli esercitanti la potestà genitoriale) e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione in orario scolastico dei farmaci sottoindicati all'alunno/a

Cognome..... Nome .....

Nato/a il ..... a .....

Residente a ..... in via.....

Piano terapeutico

Stato di malattia certificato .....

Nome commerciale del farmaco e principio attivo .....

Forma farmaceutica .....

Modalità di somministrazione .....

Dosaggio ..... Orario .....

Durata terapia (entro l'anno scolastico) dal ..... al .....

Il paziente è in grado di autosomministrarsi il farmaco sì no

Terapia di mantenimento .....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata)

.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Data .....

Timbro e firma del Medico