

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

affetto/a da _____

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito e in orario scolastico da parte del personale scolastico formato, non sanitario, del seguente farmaco/i :

★
QUOTIDIANAMENTE

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____

Insulina : Orario.....1° dose..... Orario..... 2° dose..... Orario..... 3° dose.....

Durata terapia _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

★
URGENZA PREVEDIBILE che si manifesta con la seguente
sintomatologia _____

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Data

TIMBRO E FIRMA del PLS