

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 esercenti 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