

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN AMBITO ED ORARIO EXTRASCOLASTICO O FORMATIVO

DURANTE VISITE GUIDATE/VIAGGI D'ISTRUZIONE

(si prega di compilare in stampatello per consentire la leggibilità della prescrizione)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO EXTRASCOLASTICO PER I VIAGGI D'ISTRUZIONE/VISITE GUIDATE

ALL'ALUNNO

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ sez _____ plesso _____

sita a _____ in Via _____

Minore che presenta la seguente patologia _____

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE:

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE:

POSOLOGIA:

ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE:

1A dose _____; 2A dose _____; 3A dose _____; 4A dose _____

DURATA DELLA TERAPIA:

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

CAPACITÀ DELL'ALUNNO/A AD EFFETTUARE L'AUTO SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO AD ECCEZIONE CHE SI TRATTI DI FARMACO SALVAVITA (*barrare la scelta*):

- Parziale autonomia
- Totale autonomia

Data

Firma e timbro
del medico curante