REGISTRO GIORNALIERO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Alunno/a: _____

Classe/Scuola: _____

Viaggio di istruzione a: _____

Dal: …… Al:……

Specifiche Farmaco (come da consegna)

Denominazione: _____

Lotto: _____ Scadenza: _____

Prescrizione medica del Dott.: _____

Docente incaricato……

Tabella delle Somministrazioni / Vigilanza

Compilare una riga per ogni singola assunzione del farmaco.

DATA	ORA	Modalità (Vigilanza / Affiancamento)	NOTE	FIRMA DOCENTE