

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI / SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I INDISPENSABILE/I E/O FARMACO/I SALVAVITA SOTTOINDICATO/I, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO O IN AUTO-SOMMINISTRAZIONE (cancellare l'opzione che non interessa), IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

nato/a il _____ a _____ residente

a _____ in via/piazza _____

n. _____, affetto dalla seguente patologia: _____

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

del/dei seguente/i farmaco/i

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione:

Dose: _____

durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco:

Note:

Luogo e data _____

Timbro e firma del Pediatra di libera scelta o del Medico di Medicina Generale
