

- PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Visto il Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola tra ATS Insubria, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona e Ufficio Scolastico Provinciale di Varese

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Contatto:

in qualità di

- Specialista in
- Pediatra
- Medico di Medicina Generale

prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico all'alunno/alunna

Cognome e Nome:

.....

Nato il / / , Codice fiscale

.....

residente a in Via

.....

affetto della/delle seguente/i patologia/e

.....

.....

.....

Frequentante: *asilo nido / scuola infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1° grado / scuola secondaria di 2° grado*

nome istituto, sito a

.....

il/i seguente/i farmaco/i

Principio attivo:

.....

Nome commerciale e dosaggio:

.....

Forma farmaceutica:

.....

Tempistiche somministrazione (giorni e orario) e/o evento che richiede la somministrazione:

.....

.....

Durata della prescrizione:

- *Continuativa*
- *dal / / al / /*

Dosaggio da somministrare:

.....

- *da parte di terzi*
- *autosomministrazione*

.....

.....

• • • • •

.....

.....

□ □ □ □ □ □

.....

• • • • •

.....

.....

.....

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione