

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALL'AUTO -SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori, pervenuta in data.....

Constatato che l'alunno/a interessata e' autonoma nella gestione dell'auto-somministrazione di farmaci;

Costatato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI PRESCRIVE

L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, ALL'ALUNNO/A

nel seguente caso (*descrizione dell'evento che richiede l'Auto-somministrazione del farmaco*)

.....
.....

ALL'ALUNNO/A

Cognome..... Nome..... data di nascita

..... residente a in via.....

Classe/Sezione..... della Scuola

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Principio attivo del farmaco.....

Modalità di somministrazione/procedura di somministrazione

Dose..... Orario:

Durata terapia:

Modalità di conservazione del farmaco

.....

note

Data..... Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra