Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato 5: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER EVENTI OCCASIONALI "

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in presenza di eventi occasionali acuti

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

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

_____

_____

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via _____ Telefono _____
Classe _____ della Scuola _____
Sita a _____ In via _____
Dirigente Scolastico _____
affetto dalla seguente patologia_____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____
Modalità di somministrazione _____ _____
Dose:_____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra