IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO

dati relativi all'alunno/a

Cognome……Nome……

data di nascita……residente a…….

telefono……scuola……..classe……..

nome commerciale del farmaco……..

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

……

……

……

Tempi e modalità di somministrazione

……

……

……

Dose

…….....

……

……

Orario 1° dose……2° dose……..3° dose……4°dose……

Durata terapia

……

Modalità di conservazione

…….....

……

Eventuali note di primo soccorso

……

……

……

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione

Data …….

Timbro e firma del medico o del pediatra