**Allegato 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**(Pediatra libera scelta/Medico medicina generale/Specialista)**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

***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 ED ORARIO SCOLASTICO

ALL’ALUNNO

Cognome………………………………………. …………………….Nome ..........................................................................................

Nato il....................................................................... a......................................................................................................................

Residente a ......................................................................................................................................................................................

In via............................................................……………………………………………………………………………………………….....

Frequentante la classe……………………………….della scuola…………………………………………………………………………....

sita a ………………………………in Via………………………………………………………………………………………………………..

Dirigente scolastico………………………………………………………………………………………………………………………………

Affetto da ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: ....................................................................................................

**Modalità di somministrazione:** ........................................................................................................................

**Orario:** 1^ dose ....................; 2^ dose……….……….; 3^ dose……….………….; 4^ dose………….………….

**Durata della terapia:*…………………………………………………………………………………………………….***

**Modalità di conservazione:...............................................................................................................................**

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita

(barrare la scelta):

□

Parziale autonomia

□ Totale autonomia

**Terapia d’urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………..................................................

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione:……………………………………………………………………………….

…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dose:..............................................................................................................................................................................................

Modalità di somministrazione: ................................................................................................................ .....................................

Modalità di conservazione:.............................................................................................................................................................

Note…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Data, ……………………………………………**

**Timbro e Firma del medico curante**

