

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

DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DELLO SPECIALISTA DELL'ALUNNO E DA  
CONSEGNARE AL COORDINATORE

**VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONTESTATA L'ASSOLUTA NECESSITA'**

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO PER L'ALUNNO/A**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITA' Di SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

**ORARIO** 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_

**Durata della terapia dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Eventuali effetti collaterali** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_

**Note** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/Specialista \_\_\_\_\_

Li \_\_\_\_\_

Timbro