

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

pediatra     medico di famiglia     altro (specificare) \_\_\_\_\_

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_

**Constatata l'assoluta necessità autorizza** l'autosomministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci, tenuto conto che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Eventuale orario di somministrazione: 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Evento scatenante l'intervento: \_\_\_\_\_

Note di primo soccorso: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_