

**Allegato 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

*Vista la richiesta dei genitori e preso atto dell'assoluta necessità di assunzione del farmaco*

**SI PRESCRIVE**

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

Cognome.....Nome .....

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

in via..... frequentante la classe/sezione.....

dell'I.C. 5 E. Montale – Na, plesso ....., affetto/a da .....

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

**Somministrazione quotidiana:**

Dose da somministrare

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

Modalità di somministrazione .....

Note.....

**Somministrazione al bisogno:**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Modalità di conservazione .....

Note .....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Sì  No

**B) Nome del farmaco salvavita** .....

Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Modalità di conservazione .....

Note

Data, ..... Timbro e Firma del Medico curante .....