# Allegato n. 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA CONSERVAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità, in quanto l’alunno/a è

affetto /a da……………………………………………………………………………………………….

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I SOTTOINDICATO/I, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI**

* **PERSONALE SANITARIO**
* **PERSONALE COMPETENTE DEL 118,**
* **PERSONALE SCOLASTICO NON SANITARIO**
* **AUTO-SOMMINISTRAZIONE DELL’ALUNNO**

**ALL’ALUNNO/A**

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

Data di nascita…………..........a………………..Residente a…………………………………………..

In Via………………………………………………...Telefono………………………………………………

Classe……………Sez……….della Scuola………………………………………………………………..

Sita a………………………………………in Via…………………………………………………………….

**DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale del farmaco……………………………………………………………………......

Modalità di somministrazione…………………………………………….Dose…………………………

Tempi……………………………………………………

Modalità di conservazione del farmaco………………………………………………………………..

Note ( specificare in quali casi va somministrato o aggiungere tutto quanto sia necessario in termini di informazione e di notizie utili. Evidenziare cosa fare in caso di eventuali crisi acute ) .

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

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

# Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra