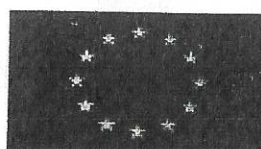


ScuolaViva

La scuola aperta a tutti



FSE  
POR CAMPANIA  
2014 - 2020



Unione europea  
Fondo sociale europeo



(mod.7/S)

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità;  
Vista la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;  
Vista la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

**SI PRESCRIVE  
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

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

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

In via ..... n..... Telefono.....

**DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE**  
(specificare se farmaco salvavita o indispensabile)

Stato di salute dell'alunno/a per cui è necessaria la somministrazione del farmaco.....

Nome commerciale del farmaco.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (con l'attivazione della formazione in situazione in casi specifici) .....

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

Orario: 1^ dose ..... 2^ dose ..... 3^ dose .....

Durata terapia: dal ..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note .....

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra