



Mod. 540B - Prescrizione medico

(Allegato 2)

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

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**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 a
 residente a
 in via
 frequentante la classe della scuola
 sita a in
 Dirigente scolastico
 Affetto/a da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose 2^a dose..... 3^a dose..... 4^a dose.....

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

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

Parziale autonomia **Totale autonomia**

Terapia d'urgenza
Nome commerciale del farmaco da somministrare:
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:
Dose:
Modalità di somministrazione:
Modalità di conservazione:

Note

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

.....