*Modulistica per il medico – Somministrazione di farmaci in orario scolastico*

Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

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

***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 sezione/classe………………………………. della scuola………………………… …………………………………………… dell’**Istituto Comprensivo “47° Sarria-Monti”,** sito a Napoli, in via Bernardino Martirano, n° 7, **Dirigente Scolastica dott.ssa Teresa Sasso**

Affetto/a da ……………………………………………………………………………………………

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: ……….............................................................

**Modalità di somministrazione:** ...........................................................................................................

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