

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza

-allegato al Certificato Medico-

Compilazione a cura MEDICO

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

- Nome del farmaco.....
.....
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (indicare se è conservato personalmente dallo stesso alunno) :
.....
.....
.....
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia :
.....
.....
.....

O Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico

O Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori , personale medico o operatori specificatamente formati)

O Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco :
.....
.....
.....

Istruzioni indirizzate al personale scolastico , sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace :
.....
.....
.....

Data

IL MEDICO