MODELLO PER **LA PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE** (PLS/MMS)

ALLA **SOMMINISTRAZIONE**/**AUTO-SOMMINISTRAZIONE**

DI FARMACI IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori o tutori dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Vista la richiesta del/dei genitore/i o del/dei tutore/i constatata l’assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**🖵**  La somministrazione dei farmaci sottoindicati da parte del personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico all’alunno/a:

**🖵** La somministrazione dei farmaci sottoindicati da parte dell’alunno/a:

COGNOME …………………………………………………………………….……………………………………………………… NOME ………………………………..………………………………………………………………………………………………..

AFFETTO DA ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data nascita ……………………………………………… residente a ………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………

in via ………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………… tel. ………………………………………………………………………………………………

classe ……………………………………................……… Plesso …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..………………………………….………………………….…

sita a …………………………………………………………………….…………………….……………………………………… in via …………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

**INFORMAZIONI SUL FARMACO:**

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO: ………………………………………………………………………………………….…………………………..…………………………………………………………………………………………

EVENTO: ………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…………………

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

DOSE: ………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…………………

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

DURATA TERAPIA: dal …………………………………………………………….………………….…………………… al …………………………………………………………….………………….……………………

MODALITA’ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO: ………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………

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

LUOGO DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO: ………………..……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….…………………

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

La somministrazione/auto-somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

EVENTUALI NOTE: …..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………….…………………

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

data, ………………………………………………………………………… Timbro e firma del medico

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