

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI (SALVAVITA)/INTERVENTO SPECIFICO
IN ORARIO SCOLASTICO

Il minore

Cognome

Nome

Nato/a ila.....

Residente a

In via

Affetto dalla seguente patologia.....

Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:

- ✓ Nome commerciale del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i

e/o

- ✓ Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione.....

.....

Dose:

Modalità di conservazione del/i farmaco/i

Eventuali note:

.....
.....
.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.