**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 .....................................................................................................................................................

via............................................................……………………………………………………………………………………………………

Frequentante la classe……………………………… della scuola……………………………………………………………………………

sita a ……………………………………………………. in Via ………………………………………………………………………………..........

.

Affetto da …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Tipologia del farmaco**: (barrare la scelta):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Salvavita** |  | **Indispensabile** |

**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** (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…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

(Luogo e Data) ................................ lì ..................

**Timbro e Firma del Medico curante ………………………………………………………**