

**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**

Cognome..... Nome .....

Nato il ..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

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

Affetto da .....

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

**Tipologia del farmaco:**

**Salvavita** (*sommistrazione non di routine*)

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

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> 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**.....

Ancona, lì .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....