

**AII. B**

## PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che l'alunno Cognome ..... Nome ..... Data di  
nascita ..... Residente a ..... in Via  
..... Frequentante la scuola  
..... classe ..... affetto da  
.....

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento  
.....  
che si manifesta con la seguente sintomatologia .....  
.....

Nome commerciale di farmaco .....

Modalità di somministrazione .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note .....

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO      SI con le seguenti modalità .....

Data.....

TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE