



## Allegato B

### PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale o struttura Ospedaliera)

Alunna/o \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

#### NECESSITA

Della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

**Le indicazioni per la somministrazione (da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica) del/dei farmaco/i sono le seguenti:**

Nome commerciale del/i farmaco/i

\_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durata della terapia (nel caso di indicazioni a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (timbro e firma del medico)