### 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

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**: (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) ................................ il ...................

 **Timbro e Firma del Medico curante**

 **……………………………………………………………..**