

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare in stampatello a cura del pediatra di famiglia, medico di medicina generale, specialista)

Vista la richiesta dei genitori, constatata l'assoluta necessità di somministrazione in caso di emergenza di specifico farmaco, che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche da parte del personale scolastico disponibile.

Cognome e Nome dell'Alunno \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ via abitazione \_\_\_\_\_

scuola \_\_\_\_\_

sita in via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_

in presenza dei seguenti sintomi \_\_\_\_\_

si prescrive la somministrazione del seguente farmaco (nome commerciale del farmaco)

*modalità di somministrazione:*

orario e dosi \_\_\_\_\_

per il periodo \_\_\_\_\_

modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

**IN CASO DI URGENZA**  
(servizio di pronto intervento 118)

in presenza dei seguenti sintomi\_\_\_\_\_

---

---

si prescrive la somministrazione del seguente farmaco (nome commerciale del farmaco)

---

---

---

modalità di somministrazione orario e dosi :

---

---

per il periodo\_\_\_\_\_

---

---

modalità di conservazione del farmaco\_\_\_\_\_

scrivere in modo leggibile e contattare le persone secondo l'ordine di priorità sotto indicato:

1. Qualifica\_\_\_\_\_ nome e cognome\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_

2. Qualifica\_\_\_\_\_ nome e cognome\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_

3. Qualifica\_\_\_\_\_ nome e cognome\_\_\_\_\_ tel\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico**