**Allegato E**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo

PESCARA 7

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

*(Da compilare a cura del* ***pediatra di libera scelta o medico di medicina generale*** *e da consegnare al D.S.)*

Constatata l’assoluta necessità, si prescrive la somministrazione del farmaco sottoindicato da parte di personale

non sanitario, in ambito e in orario scolastico, all’alunno

Cognome…………………………………………………………………….. Nome ………………………………………………………………………………

nat\_ a ........................................................................ il ................................................... residente a ……………………… ……………………………………………………………………………... in via ……………………………………………………………………………………..

frequentante la classe …………………… sez. …………… della scuola ……………………………………………………………………………...

**Nome commerciale del farmaco** ……………………………………………………………………………………………………………………………..

**Modalità di somministrazione** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dose** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Orario** ……………………………............................................................ **Durata terapia** .........................................................

**Modalità di conservazione del farmaco** ………………………………………………………………………………………………………………….

Nel caso di necessità di somministrare il farmaco in particolari situazioni di emergenza, indicare la sintomatologia

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Eventuali problematiche derivanti da una non corretta somministrazione del farmaco e/o effetti collaterali

o indesiderati dello stesso

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Note …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e Data ................................ il ........................

Timbro e firma del medico