**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 ……………………………………………………………..**