

CITTA' DI
VENEZIA



Area Sviluppo Organizzativo, Risorse Umane e Sociale
Settore Servizi Educativi

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Allegato B al Decreto n. 6 del 27 MAR. 2019

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

Esaminata la richiesta dei genitori/responsabili genitoriali, accertata la necessità della somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario e quindi in ambito scolastico, accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizione specialistiche di tipo sanitario

SI PRESCRIVE PER il/la BAMBINO/A

Nome _____ Cognome _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ in via _____
Frequentante la sezione _____ dell'Asilo Nido/Scuola dell'Infanzia
_____ Sito a _____
Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco

Modalità di somministrazione

Dose

ORARIO

1^ dose _____

2^ dose _____

3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco

Note

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco

Modalità di somministrazione

Dose

ORARIO

1^ dose _____

2^ dose _____

3^ dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco

Note

Data _____

Firma Pediatra di Libera Scelta/MMG/Specialista

Timbro