



ISTITUTO PARITARIO "DIVINA PROVVIDENZA"
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA, SECONDARIA DI 1° GRADO
DISTR. XX – MUNICIPIO IX

VIA MATTEO BARTOLI, 255 00143 ROMA TEL-06-5011247

E mail presidenza@scuoladivinaprovidenza.it, segreteria@scuoladivinaprovidenza.it,
amministrazione@scuoladivinaprovidenza.it

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

Alla Coordinatrice Didattica
dell'Istituto "Divina Provvidenza"

Vista la richiesta dei genitori (o degli esercenti la potestà genitoriale) e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione in orario scolastico dei farmaci sottoindicati all'alunno/a
Cognome..... Nome.....

Nato/a il a

Residente a in via.....

Piano terapeutico

Stato di malattia certificato

Nome commerciale del farmaco e principio attivo

Forma farmaceutica

Modalità di somministrazione

Dosaggio

Orario

Durata terapia (entro l'anno scolastico) dalal.....

Il paziente è in grado di autosomministrarsi il farmaco sì no

Terapia di mantenimento

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata).....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco.....

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Data

Timbro e firma del Medico

