L'ESPERIENZA MAESTRA VERA

Liceo Scientifico Statale "Leonardo"

liceo artistico - liceo linguistico - liceo scientifico delle scienze applicate

Via F. Balestrieri, 6 - 25124 Brescia

PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICIMA GENERALE/PEDIATRE DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa

Qualifica:

□ Medico di Medicina Generale □ Pediatra di Famiglia □ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ …. e constata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA

Nome e cognome _____

nato a _____
il___/____/_____CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____scuola secondaria di secondo grado_____
sita a _____in Via
_____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i_____
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____
- _____
- Dosaggio, orario di somministrazione, _____ modalità di somministrazione: auto- somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

L'ESPERIENZA MAESTRA VERA

Liceo Scientifico Statale "Leonardo"

liceo artistico - liceo linguistico - liceo scientifico delle scienze applicate

Via F. Balestrieri, 6 - 25124 Brescia

Firma e timbro del Medico

Data