

Allegato 4: **Modulo PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Santo Stefano di Cadore e Comelico Superiore  
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 a ..... il.....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la Scuola ..... sezione/classe .....  
di .....

**Indicazioni terapeutiche** finalizzate ad una corretta gestione della situazione

Diagnosi: .....

Sintomatologia: .....

*Attività di routine*

Nome commerciale del farmaco:.....

Modalità di somministrazione.....

Dose.....

Orario 1<sup>ta</sup> dose ..... 2<sup>ta</sup> dose..... 3<sup>ta</sup> dose ..... 4<sup>ta</sup> dose.....

Modalità di conservazione.....

Durata della terapia: .....

*Possibili situazioni di crisi / emergenza*

Eventi / sintomi che richiedono misure appropriate e/o farmaci diversificati .....

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione.....

Dose .....

Modalità di conservazione .....

Eventuali note di primo soccorso.....

Data .....

.....Timbro e firma del Medico.....

