

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. Uditore Setti Carraro"
Palermo

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore

CognomeNome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N.

e frequentante codesto Istituto scolastico, è affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo.....
- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione).....
-
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione).....

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: SI NO

Eventuali note:

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro e firma del Pediatra /MMG

Recapito in caso di emergenza: