

MODULO DA COMPILARE DA PARTE DEL MEDICO

Cognome e Nome dell'alunno/a _____

Nome commerciale del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

Modalità di somministrazione del farmaco

Posologia _____

Durata della terapia (quando opportuno) _____

Il farmaco da somministrare è assolutamente necessario

Il farmaco deve essere somministrato in orario scolastico

Il farmaco deve essere somministrato SOLO da personale sanitario

Il farmaco può essere somministrato anche da personale non sanitario

Il farmaco può essere AUTO SOMMINISTRATO

Data, _____

Firma e Timbro del Medico