

PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA
(SCHEMA CONTENUTI DELLA CERTIFICAZIONE DA PRESENTARE A SCUOLA)

(1) ALUNNO/A (Cognome e nome)			
nato il		a	
(2) AFFETTO DALLA PATOLOGIA:			

PUÒ PRESENTARE I SEGUENTI EVENTI CLINICI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE DEI SEGUENTI FARMACI:

(3) EVENTO CLINICO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:			
(4) FARMACO:		(5) DOSE:	
(6) MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO:			
(7) EVENTUALI EFFETTI COLLATERALI			
(8) (PRECISA INDICAZIONE DELLA NON DISCREZIONALITÀ DA PARTE DI CHI SOMMINISTRA IL FARMACO RELATIVAMENTE AI PUNTI ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾):			

DATA

____/____/____

FIRMA DEL MEDICO CURANTE
