

Modulo 01; compilato a cura del medico di famiglia

Il minore (Cognome) (Nome)
nato il.....residente a

Necessita

La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....
.....
.....

durata della terapia

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare
sintomatologia, indicare
i sintomi)*

.....
.....
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

Data,

timbro e firma del medico