

Protocollo:

MOD. D_2

OGGETTO: Richiesta del medico curante alla somministrazione dei farmaci

Il sottoscritto Dott
.....

Medico curante dell'alunno/a.....
.....

Nato/a.....il.....
.....

Iscritto alla scuola.....Classe.....Sez.....
.....

DICHIARA

Che l'alunno/a è affetto da.....
.....

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):
.....
.....
.....
.....

è necessario che venga somministrato il farmaco:
.....
.....

Nella seguente posologia.....
.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione.....
.....
.....
.....
.....

Durata della terapia: dal al.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco.....
.....

DICHIARA

Inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari controindicazioni dal punto di vista clinico e che eventuali effetti collaterali dovuti alla somministrazione del farmaco stesso sono praticamente inferiori come frequenza e gravità rispetto alla situazione di urgenza che si può verificare.

.....
Data

.....
Firma