



PRESCRIZIONE MEDICO CURANTE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Vista la seguente patologia (di cui viene allegato il certificato di diagnosi):

da cui è affetta/o l'alunna/o

Cognome _____ Nome _____

frequentante la classe _____ dell'I.I.S. Euganeo di Este (PD);

nata/o a _____,

il _____,

residente a _____, in via _____;

constatatane l'assoluta necessità, si prescrive la auto-somministrazione dei farmaci sotto indicati, **in ambito ed orario scolastico**

INDICAZIONI TERAPEUTICHE FINALIZZATE AD UNA CORRETTA GESTIONE DELLA SITUAZIONE

Diagnosi: _____

Sintomatologia: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione: _____

Dose: _____

Modalità di conservazione: _____



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 – <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



Data _____

Timbro e firma del Medico

Recapiti telefonici utili:

➤ Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista:

Cellulare: _____

Ambulatorio: _____