



NIDO COMUNALE DI ARCO
"MILLECOLORI"

6. MODELLO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (*facoltativo*)

per il/la bambino/a

(cognome e nome)

essendo il/la proprio/a figlio/a affetto/a da

(patologia) e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e orario di frequenza del nido dei farmaci, secondo dosi e tempi come specificato nella prescrizione medica allegata¹, compilata in data

dal/la dott./dott.ssa

..

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si solleva lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla prescrizione medico allegata.

Arco,

Firme dei genitori o di chi ne fa le veci

.....

.....

Allegato: prescrizione del/la pediatra.

¹ La prescrizione deve contenere in modo chiaro:

- i dati identificativi del bambino;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione della condizione al verificarsi della quale si rende necessaria la somministrazione del farmaco;
- posologia: dosi e tempi di somministrazione;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- modalità per effettuare una assunzione dei farmaci sicura e valida;
- durata della terapia.