



## **B ) Somministrazione al bisogno del farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco  
(specificare):

.....  
.....

Durata della terapia:

per tutto l'anno scolastico in corso

dal ..... al .....

Modalità di conservazione .....

.....

Nota:

.....  
.....

**DOSE** \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco  
(barrare la scelta): SI'  NO

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)