



RIFUGIO
Monte
Marca



PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Vista la richiesta dei genitori relativa alla partecipazione al soggiorno estivo presso il rifugio escursionistico Monte Marca e, constatata l'assoluta necessità si prescrive all'assistito/a

Cognome e nome

Data di nascita

residente a

la somministrazione, da parte di personale non sanitario, del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Orario:

1a dose _____

2a dose _____

3a dose _____

4a dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco

note

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Rif. telefonico del medico in caso di emergenza

Modulo da consegnare il giorno dell'arrivo al campo