<< INTESTAZIONE SCUOLA>>

**Registro individuale per la somministrazione dei farmaci**

Anno scolastico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell’allievo/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe/sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo di somministrazione (occasionale, quotidiano, di emergenza): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione del farmaco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Scadenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di conservazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data somministrazione** | **ora** | **Nome e cognome somministratore** | **Firma somministratore** | **Note ed informazioni utili** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |