

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO

Prescrizione del Medico curante (Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa.

- Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità;

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE

di farmaci, da parte di personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico con le modalità di seguito specificati.

Nel caso di necessità di **terapia continuativa**, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

L'alunno/a _____

nato/a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) in via _____

telefono _____ classe _____ Scuola _____

Sita a _____ in via _____

Affetto/a dalla seguente patologia _____

Necessita del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose: Prima dose _____ Seconda dose _____ Terza dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Terapia continuativa SI [] NO [] (nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico)** _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data _____

Timbro e firma del MMG/PLS/MS
