

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale/medico specialista) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

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

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

In via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ in via _____

Dirigente Scolastico _____

Affetto dalla seguente patologia _____

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, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

e/o

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
