

MODULO 3 – 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 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 _____

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 sì no (nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'intero anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico)
Modalità di conservazione del farmaco _____
note _____

.....

Eventuale 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 _____

_____, li _____

Timbro e firma del MMG/PLS/MS