

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione de farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori e considerata 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 MMG/PLS/MS