

MODULO 3

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 dell'alunno:

Cognome _____ Nome _____ Data di _____

Nascita _____ Residente a _____ In via _____

Telefono _____ Frequentante il vostro Istituto nella classe _____ sez. _____

plesso _____

SI PRESCRIVE

constatata l'assoluta necessità, la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a in quanto

Affetto dalla seguente patologia _____

☐ **TERAPIA CONTINUATIVA**

il seguente farmaco (Nome commerciale del farmaco) _____

Modalità di somministrazione _____

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

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

(Nel caso di terapia continuativa, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

☐ **TERAPIA IN CASO DI NECESSITA'**

☐ Nome commerciale del farmaco _____

da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (specificare es.shock anafilattico, crisi ipoglicemica grave):**

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Data _____

Timbro e firma del MMG/PLS/MS
