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, e 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, e 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 somministrazione_____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

_____

Data _____ Timbro e firma del MMG/PLS/MS

_____