

**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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per .....

.....

.....

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

\_\_\_\_\_