

**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 \_\_\_\_\_  
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**):

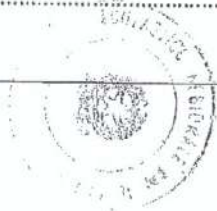
Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data .....



Timbro e firma del MMG/PLS/MS

