

Modulo B

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 e Nome dell'alunno _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ In via

Telefono _____ Classe _____

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