

**Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA**

**SOMMINISTRAZIONE 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 \_\_\_\_\_  
Affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO**

- Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_
  - Farmaco salvavita SI NO
  - Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Orario di somministrazione:  
dose: Prima dose \_\_\_\_\_ seconda dose \_\_\_\_\_ terza dose \_\_\_\_\_
  - Evento per il quale somministrare il farmaco \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 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).
  - Al bisogno SI NO
  - 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

\_\_\_\_\_