

MODULO D

Modulo D: " 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 del 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 della 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 _____

Data

Timbro e firma del MMG/PLS/MS