

**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 che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario nell'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto (art.2 delle raccomandazioni MIUR del 25/11/2005)

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, 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 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, e 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 somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

La presente prescrizione viene rilasciata su richiesta del genitore/tutore legale del minore per gli usi consentiti dalla legge ed è valida per il massimo di un anno scolastico salvo modifiche che saranno comunicate a chi di competenza da parte del genitore/tutore legale del minore.

Data _____

Timbro e firma del MMG/PLS/MS