Allegato 4: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA CONTINUATIVA "

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori/tutore 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)

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 _____
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 _____

Eventuali note:
_____

Data .....