

**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 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 .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

