



# Istituto Comprensivo MANZONI-RADICE

Piazza Di Vagno, 8 - 71036 Lucera (FG) tel. 0881540039 fax 0881540039

e-mail: fgic827004@istruzione.it fgic827004@pec.istruzione.it

Cod.Istituto: FGIC827004 cod.fisc. 91010790714

Sito web: www.manzoni-radice.edu.it

## **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 \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

affetto della 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, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico)

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del MMG/PLS/MS