

**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**

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 \_\_\_\_\_ dell'I.C. Massari Galilei di Bari plesso \_\_\_\_\_  
sito a Bari 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, 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 \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del MMG/PLS/MS