



Istituto Comprensivo "Armando Diaz" Vernole e Castri di Lecce

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di Primo Grado

Via della Repubblica s.n.c. - 73029 Vernole (LE) - Tel. 0832892032

e-mail: leic85600e@istruzione.it - PEC: leic85600e@pec.istruzione.it - Sito web: www.icvernole.it

Al Dirigente
Scolastico Istituto
Comprensivo Statale
"A.DIAZ"
Vernole e Castri
A.S. _____ / _____

Modulo 3 "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"

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 _____

Data _____

Timbro e firma del MMG/PLS/MS
