

Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico (scrivere in stampatello e compilare in ogni sua parte)

Il Minore (cognome e nome) _____, nato il _____,

residente a _____, Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- per patologia acuta

conseguentemente è prevista:

- l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del farmaco/i:

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione: _____

- E' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero
- Non necessita frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____ Diagnosi e stato di malattia: _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita":
(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica) _____

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa: _____

.

Data,

Timbro e firma del medico
