

Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico
(compilazione a cura del medico)

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a il _____ residente a _____

Necessita

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica**
 per patologia acuta

conseguentemente è prevista:

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
 la somministrazione dei farmaci indicati da parte dei genitori 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 sanitari (situazioni complesse)

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

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

Modalità di conservazione:

- E' prevista l'assoluta indispensabilità del 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 e richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data _____

Timbro e firma del Medico