

CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Lo studente (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**NECESSITA**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- PATOLOGIA CRONICA
- PATOLOGIA ACUTA

**CONSEQUENTEMENTE È PREVISTA**

- L'AUTO SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DELLO STUDENTE STESSO
- LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEL GENITORE O SUO DELEGATO A SCUOLA
- LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEGLI OPERATORI SCOLASTICI NON SPECIALISTI

**ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE**

Nome commerciale del/i farmaco/i \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Durata della terapia (massimo 1 anno scolastico)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione

\_\_\_\_\_

È indispensabile la conservazione in frigorifero

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_