

# MODELLO 1

CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

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

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

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

## NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

PATOLOGIA CRONICA

PATOLOGIA ACUTA

## CONSEQUENTEMENTE E' 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:

\_\_\_\_\_

E' indispensabile la conservazione in frigorifero

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico