

Mod. 01

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

Il Minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato il _____ residente a _____

Via _____ (_____) nr. _____

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 del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un paio 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)

Le definizioni di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es.Diabete):

Data, _____

Tmbro e firma del Medico