

Facsimile certificato medico per la somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico.

Si certifica che nat... il/...../.....
(nome e cognome)

a Prov. (.....) Codice Fiscale
residente a in via/piazza.....n.

è affett... dalla seguente patologia:

.....e, pertanto,

- ☐ necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte di personale non sanitario
☐ il/la minore, sorvegliato/a dal personale della scuola, può provvedere all'autosomministrazione

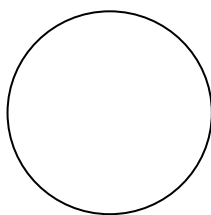
del seguente/dei seguenti farmaco/farmaci ☐ salvavita ☐ indispensabile/indispensabili:

nome commerciale del farmaco/dei farmaci.....

Si attesta:

- Che la somministrazione del farmaco **non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche** né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco;
- Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico. La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Timbro e firma del PLS/MMG



PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Nome e Cognome _____

Nome commerciale del farmaco indispensabile _____

Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario di somministrazione: _____
- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal // ____ al // ____

Necessità di somministrazione "al bisogno":

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

-
- Dose da somministrare: _____
 - Modalità di somministrazione: _____
 - Modalità di conservazione del farmaco: _____
 - Durata della terapia: Dal // ____ al // ____

Farmaco salvavita (se applicabile):

- Nome commerciale del farmaco salvavita: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: _____

-
- Dose da somministrare: _____
 - Modalità di conservazione: _____

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco:

☐ Sì ☐ No

Formazione del personale scolastico:

È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?

☐ Sì ☐ No

Note per la formazione specifica da parte della Azienda Sanitaria:

Eventuali note:

Luogo e data

Timbro e firma del PLS /MMG

