Modulo 1

Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci

ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

II minore (Cognome)...............................................(Nome)................................................. nato il.....................................residente................................................................................... Necessita di

* somministrazione di farmaci in ambito scolastico
* definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

..........................................................................................................................................

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

durata della terapia

..........................................................................................................................................

modalità di conservazione del farmaco

…………………………………………………………………………………………

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

* È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................

Data, ................. timbro e firma del medico