certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza in ambito scolastico (scrivere in stampatello) **Mod. 01**

Il minore (Cognome) (Nome)

nato/a il residente a ( ) via n.

# NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

# patologia cronica

* **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 piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni “complesse” es. diabete)

# 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

□ è 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)*

Nel caso in cui si richieda il piano di assistenza specificare la situazione complessa (es. diabete)

Data, **timbro e firma del medico**

**(da restituire in Segreteria debitamente compilato e firmato dal medico curante)**