

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE - PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**

(Pediatra o Medico di famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del Medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale

\_\_\_\_\_

2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista) \_\_\_\_\_

3. Nome e cognome alunno \_\_\_\_\_

Data di nascita alunno \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico

- Principio attivo \_\_\_\_\_
- Nome commerciale \_\_\_\_\_
- Forma farmaceutica \_\_\_\_\_
- Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)  
\_\_\_\_\_
- Dosaggio e orario \_\_\_\_\_
- Modalità di conservazione \_\_\_\_\_
- Durata (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_) oppure continuativa
- Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ANDRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco \_\_\_\_\_

- b) Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

\_\_\_\_\_

Data, .....

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_