

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
