

(Allegato 1 - Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico)

Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

Il 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 é richiesto per
.....
.....
.....
.....

Data, timbro e firma del medico