

Il minore (Cognome) _____ Nome _____

Nato il _____ residente a _____ Via _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- patologia acuta

Conseguentemente è prevista:

- l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte dei genitori 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")

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): _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "Salvavita": *(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)*

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data

Timbro e firma del Medico
