ALLEGATO B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Studente/Studentessa: _____

Nato/a a _____ il _____/_____/_____

Classe _____ indirizzo _____

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

CERTIFICA

che la persona sopra indicata necessita della somministrazione del seguente farmaco durante l'orario scolastico e che tale intervento non richiede cognizioni sanitarie specialistiche né valutazioni discrezionali di tipo clinico da parte dell'adulto che lo esegue.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale/principio attivo del farmaco:

_____

Tipologia: ☐ farmaco indispensabile ☐ farmaco salvavita ☐ altro

_____

Somministrazione: ☐ quotidiana ☐ al bisogno ☐ in emergenza secondo i criteri sotto indicati

Orario / circostanza che richiede la somministrazione:

_____

Dose:

_____

Modalità di somministrazione:

_____

Modalità di conservazione:

_____

Durata della terapia: dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____

Descrizione dell'evento/sintomi che richiedono la somministrazione, se al bisogno o salvavita:

_____

_____

È consentita l'autosomministrazione? ☐ Sì ☐ No

È necessaria una specifica formazione/informazione del personale scolastico?

☐ Sì ☐ No

Se sì, indicazioni per la formazione:

_____

Ulteriori indicazioni utili:

_____

Luogo _____ Data ____/____/_____

Timbro e firma del medico _____

La presente certificazione deve essere consegnata all'Istituto in originale o in copia digitale sottoscritta dal medico, secondo le modalità indicate nella circolare.