

SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

CERTIFICAZIONE E PIANO TERAPEUTICO PERSONALIZZATO

Si certifica che l'alunno nato il/...../.....

qualora si presentino i seguenti segni.....

Ovvero,

nel seguente orario

necessita della somministrazione in ambito ed orario scolastico

del farmaco

alla dose.....

con le seguenti modalità

per il periodo

Trattasi di farmaco salvavita farmaco indispensabile

Il farmaco può essere conservato a temperatura ambiente SI NO

La somministrazione è necessaria a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

Esistono nella scuola le condizioni per conservare il farmaco in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario, purché adeguatamente formato.

Si rilascia al genitore su propria richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

Il Certificato per la somministrazione dei farmaci a scuola, può essere prodotto anche in modelli diversi purchè conformi nel contenuto. Il nome commerciale del farmaco, le modalità di somministrazione, il dosaggio e la durata della terapia possono essere anche essere prodotte separatamente dal certificato per la somministrazione.