

Il Minore (Cognome) _____ (Nome) _____ nato il _____,
residente a _____ Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- per patologia acuta

conseguentemente è prevista:

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore 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 sanitari (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale dell/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): _____

Diagnosi e stato di malattia: _____

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