Allegato 1

Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale

Cognome …… Nome . ……

Cell …… mail……

CERTIFICAZIONE PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CURANTE

Si certifica che l 'alunno Cognome ……Nome ……

nato a ……Prov (……) il …… .C.F……

residente a ……

affetto da ……

……

In caso di urgenza dovuta al seguente evento ……

……

……

che si manifesta con la seguente sintomatologia ……

☐ Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

☐ Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA

Principio attivo ……
Nome commerciale del farmaco ……
Modalità di somministrazione ☐ autosomministrazione ☐ da parte di terzi
Modalità di conservazione del farmaco ……
Orario…… Durata terapia……
Effetti collaterali ……
Note ……
……

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.
Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.
Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

☐ NO ☐ SI con le seguenti modalità ……

……

Data ……

Timbro e Firma Medico curante

……