

**Modulo 01 - Certificato medico per la somministrazione di farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico ai sensi dei punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP – ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.**

Il minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**Affetto da (Diagnosi e stato di malattia):** \_\_\_\_\_

☐ **PATOLOGIA CRONICA**

☐ **PATOLOGIA ACUTA** (manifestazione acuta correlata a patologia cronica nota) che può manifestarsi con i seguenti sintomi (**descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica**) :

\_\_\_\_\_  
NECESSITA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO

**(Da completare in caso di situazione complessa)**

☐ **La definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST territorialmente competente per la seguente situazione complessa:**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

**NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I E PRINCIPIO ATTIVO**

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (orari, dose, via di somministrazione):**

**MODALITÀ DI CONSERVAZIONE** (secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i FI):

☐ **e' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero.**

**Durata della terapia (massimo un anno scolastico):** \_\_\_\_\_

**Prescrizione Adrenalina in caso di rischio di anafilassi**

☐ **SI**

☐ **NO**

**Data**

**Timbro e Firma del Medico**