

Il/La minore (Cognome) (Nome)

Nato/a il residente a via n.

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- ☐ patologia cronica
- ☐ patologia acuta

Conseguentemente è prevista

- ☐ l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno/a
- ☐ 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-sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/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