Allegato 1 DGR n. 724 del 2024

ATTESTAZIONE di MEDICO/STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita___/___/____

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

Necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data ___/___/____ Timbro e firma del medico (o struttura accreditata)

_____

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data ___/___/____ Timbro e firma del dirigente scolastico

_____

PIANO TERAPEUTICO

L'alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Trattasi di farmaco: □ salvavita oppure □ indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione: _____

_____

Modalità di somministrazione: _____
_____
_____

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco: _____
_____
_____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia: _____
_____
_____

Modalità di conservazione: _____
_____
_____

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco): _____
_____
_____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì □ No

Altre indicazioni: _____
_____
_____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL: _____
_____
_____

Data ___/___/____ Timbro e firma del medico