

Modello 2

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI SALVAVITA A MINORI NELL'AMBITO SCOLASTICO
(da compilarsi a cura del Medico curante)**

Cognome e Nome dell'alunno

Luogo e Data di nascita

Patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico?

Sì ☐

No ☐

La somministrazione del farmaco è differibile?

Sì ☐

No ☐

Perché la somministrazione non è differibile? _____

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE
URGENTE DEL FARMACO:

2) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

3) MODALITA', TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA:

4) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

5) DURATA DEL FARMACO:

6) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

1) Chiamare il 118?

2) Chiamare i genitori?

3) Chiamare il medico di riferimento, dr. _____ telefono _____

Altro: _____

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA:

DATA: _____

IL MEDICO (Timbro e firma)