

**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 del bambino _____

Luogo e Data di nascita _____

a. Patologia presentata dal bambino per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

b. La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico? Sì No

c. La somministrazione del farmaco è differibile? Sì No

d. Perché la somministrazione non è differibile? _____

1. Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione URGENTE del farmaco

2. Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da porre in essere

3. Principio attivo e/o nome commerciale del farmaco salvavita

4. Modalità, tempi di somministrazione e posologia

5. Conservazione del farmaco

6. Durata del farmaco

7. Interventi da attuare prima o dopo la somministrazione del farmaco, in ordine di priorità

- a. Chiamare i genitori? SÌ NO
- b. Chiamare il 118? SÌ NO
- c. Chiamare il medico di riferimento, dr. _____ n° telefono _____
- Altro: _____

8. Altre informazioni utili ad affrontare l'emergenza

Data _____

Il medico curante (timbro e firma) _____