ISTITUTO COMPRENSIVO "CECILIA DEGANUTTI" DI LATISANA

INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO

Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)

Tel. 0431 520311/511061 - *C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302*

Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8

e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it

sito web: https://iclatisana.edu.it

Allegato 2

CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICO

da compilare a cura del pediatra di libera scelta, del medico di medicina generale o del medico specialista

Si certifica che l'alunno/a

_____ nato/a a _____ il _____

frequentante la classe/sezione _____ della scuola _____

è affetto/a da _____

e necessita della somministrazione in orario scolastico dei farmaci indicati di seguito.

A) Somministrazione programmata (continuità terapeutica)

Farmaco (nome commerciale)	Dose	Orario	Via di somministrazione	Note

B) Somministrazione in emergenza (al bisogno)

Segni o sintomi che indicano quando somministrare il farmaco (descritti in modo osservabile da personale non sanitario):

_____

_____

Farmaco (nome commerciale)	Dose	Via di somministrazione	Eventuale ripetizione (dopo quanto, quante volte)

Cosa fare prima, durante e dopo la somministrazione (posizione dell'alunno/a, tempi di attesa, altro):

_____

_____

In caso di emergenza va sempre chiamato il 112/118 e avvisata la famiglia.

ISTITUTO COMPRENSIVO "CECILIA DEGANUTTI" DI LATISANA

INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO

Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)

Tel. 0431 520311/511061 - *C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302*

Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8

e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it

sito web: https://iclatisana.edu.it

Conservazione del farmaco

☐a temperatura ambiente ☐in frigorifero (2–8 °C) ☐al riparo dalla luce

Altre indicazioni _____

Autosomministrazione

☐ l'alunno/a è in grado di autosomministrarsi il farmaco, sotto la vigilanza di un adulto, e può tenerlo con sé

☐ l'alunno/a non è in grado di autosomministrarsi il farmaco

Possibili effetti indesiderati e come comportarsi

_____

_____

Il medico dichiara che la somministrazione:

☐ è indispensabile in orario scolastico e non può essere spostata in altri orari;

☐ non richiede competenze sanitarie specialistiche né discrezionalità da parte di chi interviene, per quanto riguarda il momento, la dose e le modalità;

☐ può essere effettuata da personale scolastico non sanitario, adeguatamente informato.

La presente certificazione è valida fino al _____ e comunque non oltre il termine dell'anno scolastico _____, salvo variazioni della terapia.

Recapito telefonico del medico _____

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO "CECILIA DEGANUTTI" DI LATISANA
INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA 1° GRADO
Viale Stazione, 35 – 33053 Latisana (UD)
Tel. 0431 520311/511061 - *C.M. UDIC835003 - C.F. 92017110302*
Codice Univoco Fatture Elettroniche: UFK1Y8
e-mail: udic835003@istruzione.it pec: udic835003@pec.istruzione.it
sito web: https://iclatisana.edu.it