

Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

AUSL Servizio di

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative/Direttore Ente di Formazione

Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio/Ente

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità SI **PRESCRIVE** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed

ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

Nato a il

residente ain Via..... tel.

iscritto alla classe Scuola /Servizio Educativoa.s.

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia: dalal

1 A) Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina / h.dose...../

Pasto (prima, dopo, h.)dose..... /

Pomeriggio (h.) dose.....

Modalità di somministrazione

.....
.....

2 A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....
.....
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI' NO

Modalità di conservazione

.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....
.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....
.....

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

.....

Modalità di somministrazione

.....
.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....
.....

Modalità di conservazione

.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....
.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....
.....

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)

.....