

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale))

Si certifica che l' alunno/a

Cognome Nome

Data di nascita Residente a

in Via

Frequentante la scuola classe

Affetto/a da

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento

.....
.....

che si manifesta con la seguente sintomatologia

.....

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Eventuali note:

.....

.....

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO SI con le seguenti modalità

Luogo e data _____

Timbro e firma del Pediatra di Libera Scelta /MMG