Modulo2

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott._____ medico curante dell'alunno/a _____ Data e luogo di nascita _____ classe_____ sez _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco_____

Modalità di conservazione_____

Effetti collaterali_____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- o SI
- o NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

_____

_____

_____

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco
_____
_____
_____
_____

2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:
_____
_____
_____
_____

DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria

.Data, luogo_____

Firma

_____