

MODULO N. 2

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che il ragazzo/a
nato/a a il
residente in via
Comune Prov.
Frequentante la classe della scuola

È AFFETTO/A DALLA SEGUENTE PATOLOGIA

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....
.....

- Nome del farmaco
- Forma farmaceutica
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....
.....

SOMMINISTRAZIONE

SI NO

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- 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
- Necessità di formazione specifica da parte dell'ATS nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

SI NO

AUTO-SOMMINISTRAZIONE

SI NO

- Capacità del ragazzo/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco

PRESCRIZIONE ADRENALINA

SI NO

Note:

Luogo e data

In fede

Firma e timbro del Medico Specialista