

Il minore (cognome).....(nome).....

Nato il .....residente a.....

Necessita

Di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- Patologia cronica
- Per patologia acuta

Conseguentemente è prevista

- L'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- La somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- La somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari,dose, via di somministrazione)

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

Modalità di conservazione:.....

- E' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico).....

Diagnosi e stato di malattia:.....

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita": (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

.....  
.....

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (esempio diabete):.....

.....

Data,.....

timbro e firma medico.....