

Il Minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**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 sanitari (situazioni "complesse")

**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: \_\_\_\_\_

- È 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 (es. diabete): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data,

Timbro e firma del Medico