

Modello 1

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE
DI FARMACI SALVAVITA A MINORI NELL'AMBITO SCOLASTICO
(da compilarsi a cura del Medico curante)**

Cognome e Nome del bambino

Luogo e Data di nascita

Patologia presentata dal bambino per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico? Sì No

La somministrazione del farmaco è differibile? Sì No

Perché la somministrazione non è differibile? _____

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

3) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

4) MODALITA', TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA:

5) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

6) DURATA DEL FARMACO:

7) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

1) Chiamare il 118 ?

2) Chiamare i genitori ?

3) Chiamare il medico di riferimento, dr. _____ telefono _____

Altro: _____

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA:

DATA: _____ IL MEDICO (Timbro e firma) _____

**I dati contenuti nella presente dichiarazione saranno soggetti alle normative vigenti sulla privacy.*