

Oggetto: Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico.

Si certifica che l'alunno/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ residente a _____

in via _____ e frequentante la classe /sezione _____

della scuola dell'infanzia primaria secondaria di primo grado di

_____ è affetto/a dalla seguente patologia _____

Per la quale:

- vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico 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.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco salvavita indispensabile

Forma farmaceutica _____ **dosaggio** _____

Principio attivo del Farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

Dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione _____

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) _____

Possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del prodotto RCP e nel Foglio Illustrativo del farmaco FI)

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) _____

Prescrizione ADRENALINA SI' NO

Si rilascia su richiesta degli interessati, per gli usi consentiti dalla legge

Data _____

Timbro e firma del medico curante
