

**CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E RELATIVO PIANO TERAPEUTICO
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto, dottor.....

dichiara che

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residente Telefono

Scuola Classe Sezione

necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico

Nome principio attivo del farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose e modalità di somministrazione (auto somministrazione o somministrazione da parte di terzi)

.....

.....

Durata della terapia (ore e giorni).....

.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Eventuali note di primo soccorso (esempio: prescrizione di adrenalina in caso di anafilassi)

.....

.....

Il sottoscritto dichiara inoltre che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione agli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

Data

Timbro e firma del medico

.....