

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il..... residente a ..... Via ..... n. ....

**NECESSITA**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- 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 (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

.....