

**Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico  
e/o di emergenza in ambito scolastico**

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