### MOD. 01

**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