

CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Si certifica che il/la bambino/a.....

Nata/o a il

residente in via. Comune Prov

Frequentante la classe/sezione

della scuola:

☐ Infanzia Dante

☐ Infanzia Battisti.....

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.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco

forma farmaceutica dosaggio

Principio attivo del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi)

.....
.....

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 O

NO O

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

Data

Firma e timbro del Medico