

(modello che può utilizzare il medico)

**CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

In via _____.

Frequentante nell'a.s. _____ l'Istituto _____

plesso _____ classe _____ sezione _____

Affetto/a da _____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE
FARMACO SALVAVITA

in caso di urgenza dovuta a

che si manifesta con la seguente sintomatologia

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione (Indicare la modalità di somministrazione in maniera chiara in modo che non ci sia l'esercizio di discrezionalità tecnica)

Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco

Note: (indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunno/a e uso autonomo)

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario, non essendo richieste nella somministrazione il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

La tipologia di somministrazione è in linea con le "Linee guida per la somministrazione di farmaci in orario scolastico" (Ministeri Istruzione e Salute 25/11/05).

Per eventuali chiarimenti potete contattarmi al numero telefonico _____

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE