

CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO
(da compilare a cura del medico)

DATI DELL'ALUNNO

COGNOME _____
NOME _____
DATA DI NASCITA _____
PATOLOGIA _____

NECESSITA DELLA SEGUENTE TERAPIA

Nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio

Principio attivo del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione

È possibile l'auto somministrazione da parte dell'alunno?

Sì

No

Modalità di conservazione del farmaco

Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni)

Si tratta di prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi?

Sì

No

Eventuali note di primo soccorso

Eventuale protocollo di intervento

Si dichiara, inoltre, che:

- la somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa è assolutamente necessaria;
- la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data

Timbro e firma del Medico