

Modulo 01

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: _____

- ☐ E' 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