CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Si certifica che ……

Nata/o a …… il ……

residente in via …… Comune …….. Prov …….

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, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco ……..

forma farmaceutica …….. dosaggio …….

Principio attivo del farmaco …….

Modalità di somministrazione:
□ auto-somministrazione
□ somministrazione da parte di terzi

descrizione……
……..
……..
……..
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:……
……..
……..
……..

Dose da somministrare:...…….

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) se terapia quotidiana e non di emergenza:

……
……
……

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del Prodotto RCP e nel Foglio Illustrativo del farmaco):

□ temperatura ambiente
□frigorifero
specifiche……
……
……
……..

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

Data …….

Firma e timbro del Medico