Allegato 2

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'/a alunno/a _____nato/a a _____ il ___/___/_____ residente a _____ in Via _____ C.F. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ e considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco _____, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato.

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
  ☐ salvavita **oppure** ☐ indispensabile;

- Considerato che 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore dell'alunno/a

Luogo _____

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data, _____/_____/_____

_____

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____

A. Nome commerciale del farmaco **indispensabile** _____

A1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
  - Mattina (h. _____) dose da somministrare _____
  - Pasto (prima, dopo) _____ dose _____
  - Pomeriggio (h. _____) dose _____
- Modalità di somministrazione del farmaco _____
- Modalità di conservazione del farmaco _____
- Durata della terapia: dal ____/____/_____ al ____/____/_____

A2) Necessita di somministrazione al bisogno:

• Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

_____

_____

- Dose da somministrare _____
- Modalità di somministrazione del farmaco _____
- Modalità di conservazione del farmaco _____
- Durata della terapia: dal ____/____/_____ al ____/____/_____

(Oppure)

B. Nome commerciale del farmaco **salvavita** _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____

_____

• Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

_____

• Dose da somministrare

_____

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

_____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì □ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

□ Sì □ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

_____

Luogo _____

Data, _____/_____/_____

In fede
Timbro e Firma del Medico

_____