

CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN SITUAZIONE DI EMERGENZA A MINORI
IN AMBITO SCOLASTICO

COGNOME E NOME DEL MINORE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

PATOLOGIA PRESENTATA DAL MINORE PER CUI VIENE RICHIESTA LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO A SCUOLA

La somministrazione del farmaco può essere eseguita dal personale scolastico? SI NO

La somministrazione del farmaco è differibile? SI NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile? (specificare le motivazioni dell'urgenza) _____

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO _____

MODO D'USO _____

POSOLOGIA/DOSE _____

MODALITA' DI CONSERVAZIONE _____

INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
(es. chiamare il 118, chiamare i genitori, altro...)

ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L' EMERGENZA

Data _____ IL MEDICO _____