

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

da compilare a cura del medico (pediatra del Servizio di pediatria dell'ASP, pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa:

Cognome e nome	
Nato/a a / il	
Residente in	
Codice fiscale	

- Considerata l'**assoluta necessità** per il/la predetto/a studente/essa della somministrazione del farmaco (nome commerciale / principio attivo) _____, 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.

Si rilascia al: ☐ genitore dello/a ☐ esercente la responsabilità genitoriale sullo studente/essa

DATI DEL MEDICO	
Cognome e nome	
Qualifica	☐ medico pediatra del Servizio di pediatria dell'ASP ☐ pediatra di libera scelta ☐ medico di medicina generale
Recapiti (telefono / e-mail)	

_____, data ____ / ____ / ____

In fede

Timbro e firma del medico

PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa (cognome e nome)	
Codice fiscale	

A) FARMACO INDISPENSABILE	
Nome commerciale	
Principio attivo e dosaggio	

A1) Necessita di somministrazione quotidiana – orario e dose da somministrare:

Mattina	h. _____ dose _____
Pasto	☐ prima ☐ dopo dose _____
Pomeriggio	h. _____ dose _____
Modalità di somministrazione	
Modalità di conservazione	
Durata della terapia	dal ____/____/____ al ____/____/____

A2) Necessita di somministrazione al bisogno:

Evento che richiede la somministrazione al bisogno (specificare)	
Dose da somministrare	
Modalità di somministrazione	
Modalità di conservazione	
Durata della terapia	dal ____/____/____ al ____/____/____

B) FARMACO SALVAVITA	
Nome commerciale	
Principio attivo e dosaggio	
Evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare)	
Dose da somministrare	

Modalità di somministrazione	
Modalità di conservazione	
Durata della terapia	dal ____/____/____ al ____/____/____

C) INDICAZIONI IN CASO DI EMERGENZA E DOPO LA SOMMINISTRAZIONE	
Chiamata al 112	☐ sempre, dopo la somministrazione ☐ solo se: _____
Ripetibilità della dose <i>(se e dopo quanto tempo)</i>	
Possibili effetti collaterali e comportamento da tenere	
Altre indicazioni per il personale	

D) AUTONOMIA DELL'ALUNNO/A	
Capacità di auto-somministrazione	☐ non autonomo/a: somministrazione a cura di personale adulto ☐ autonomo/a con assistenza e supervisione di un adulto ☐ in grado di autosomministrarsi il farmaco

E) FORMAZIONE SPECIFICA DEL PERSONALE SCOLASTICO	
Necessità di formazione specifica	☐ no ☐ sì, da parte di: ☐ ASP ☐ medico di medicina generale ☐ pediatra di libera scelta
Note per la formazione specifica del personale scolastico	

F) SCADENZA ED EQUIVALENZA DEL FARMACO	
Scadenza del farmaco che verrà consegnato	
Sostituzione con farmaco equivalente	☐ non autorizzata : può essere consegnato solo il farmaco sopra indicato ☐ autorizzata con il seguente farmaco equivalente: _____

Il piano ha validità massima di un anno e in ogni caso decade al termine dell'anno scolastico; va aggiornato in caso di variazione delle condizioni di salute.

_____, data ____/____/____

In fede

Timbro e firma del medico