Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA

Che l'alunno/a:
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il //____
Residente in _____ Cap _____ Località _____ Provincia _____
Codice Fiscale: _____

È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco _____ in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

Considerato che:

- La somministrazione del farmaco è necessaria durante l'orario scolastico perché:
  - ☐ Farmaco salvavita
  - ☐ Farmaco indispensabile
- La somministrazione del farmaco **non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche** né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

SI ATTESTA

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Luogo _____ Data //____
Timbro e Firma del Medico:

SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____

Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

Necessità di somministrazione quotidiana:

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

Necessità di somministrazione "al bisogno":

- **Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:**

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

Farmaco salvavita (se applicabile):

- **Nome commerciale del farmaco salvavita:** _____
- **Modalità di somministrazione:**

- **Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:**

- **Dose da somministrare:** _____
- **Modalità di conservazione:** _____

Autosomministrazione:
L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco:
□ Sì □ No

Formazione del personale scolastico:
È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?
□ Sì □ No
Note per la formazione specifica da parte della Azienda USL:

Luogo _____ Data //____

Timbro e Firma del Medico:

Nota Bene: La presente certificazione deve essere consegnata in forma originale al Dirigente Scolastico e costituisce documentazione essenziale per l'attivazione della somministrazione del farmaco in orario scolastico.