

**CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI
FARMACI NEI LOCALI E 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 Piano Terapeutico allegato.

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 di tipo sanitario**, 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 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.

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

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

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'auto-somministrazione 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.