

	<p>In allegato alla dichiarazione di</p> <p>Codice fiscale</p>	
---	--	--

## Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico

del bambino/a					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Scuola		Classe		Sezione	

### NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico

<input type="checkbox"/>	per patologia cronica
<input type="checkbox"/>	per patologia acuta

### conseguentemente è prevista

<input type="checkbox"/>	l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
<input type="checkbox"/>	la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
<input type="checkbox"/>	la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
<input type="checkbox"/>	la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni "complesse")

### indicazioni per la somministrazione di farmaci

Nome commerciale del farmaco/farmaci	
Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)	
Modalità di conservazione	
<input type="checkbox"/>	è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico)

Diagnosi e stato di malattia

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita" (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete)

Desio		
Luogo	Data	Il dichiarante