

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO

NOME E COGNOME DEL BAMBINO:

DATA DI NASCITA:

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

La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico?

La somministrazione del farmaco è differibile?

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile?

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

3) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

4) MODALITÀ, TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA

5) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

6) DURATA DEL FARMACO:

7) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA

DATA:

IL MEDICO (TIMBRO E FIRMA) _____
