

**Modello 2**

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE**

**DI FARMACI SALVAVITA A MINORI NELL'AMBITO SCOLASTICO**

**(da compilarsi a cura del Medico curante)**

Cognome e Nome dell'alunno

---

Luogo e Data di nascita

---

Patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

---

---

---

La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico?

Sì

No

La somministrazione del farmaco è differibile?

Sì

No

Perché la somministrazione non è differibile? \_\_\_\_\_

---

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

---

---

---

2) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

---

3) MODALITA', TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA:

---

---

---

---

4) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

---

---

5) DURATA DEL FARMACO:

---

---

6) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

1) Chiamare il 118?

---

2) Chiamare i genitori?

---

3) Chiamare il medico di riferimento, dr. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

---

---

---

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA:

---

---

---

DATA: \_\_\_\_\_

IL MEDICO (Timbro e firma)