**Certificazione e piano terapeutico per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

* Vista la richiesta dei genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Constatata l’assoluta necessità;
* Ritenuto che la somministrazione sia indispensabile e da garantire in orario scolastico;
* Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e conservazione;

**SI PRESCRIVE**

* L’autosomministrazione
* La somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte di personale non sanitario

in ambito e in orario scolastico del seguente farmaco:

|  |
| --- |
| Nome commerciale del farmaco, principio attivo, forma farmaceutica e dosaggio: |
|  |
|  |
| Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco: |
|  |
|  |
| Dose da somministrare: |
|  |
|  |
| Modalità di conservazione del farmaco: |
|  |
|  |
| Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni): |
|  |
|  |
| Note: |
|  |

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_