Allegato B

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo
Ic4 "Annalena Tonelli" Forlì

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA
che l'alunno/a cognome _____ nome _____
nato/a a _____il ____/____/ ____ residente in _____ (_____) CAP _____
C.F.:_____ è affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco:_____
in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.
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, 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 può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico;
☐ Che all'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico;
☐ Che all'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco autonomamente in orario scolastico.
La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.
Forlì, ____/____/_____

Timbro e Firma del Medico:

2 SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO
Alunno/a: Cognome _____ Nome _____
Nome commerciale del farmaco: _____ ?
INDISPENSABILE ☐ SALVAVITA ☐
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: _____
• Modalità di somministrazione:

_____

_____

• Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

_____

_____

_____

• Dose da somministrare: _____
• Modalità di conservazione: _____

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione 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 ASL:

_____

_____

_____

_____

Forlì, ___/___/_____

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'avvio della procedura per l'attivazione della somministrazione del farmaco in orario scolastico.*

Se necessario, la presente Istituzione Scolastica provvederà a redigere un protocollo di somministrazione condiviso con la famiglia, il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, l'Ente Locale e l'ASL di riferimento.