

**INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI
IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Il minore

Cognome Nome

Nato/a il a

Residente a in via

Iscritto c/o la scuola classe

Affetto dalla seguente patologia:

.....

.....

***presenta l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente
terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

.....

Orario di somministrazione/dose

.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i

.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose
.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i
.....

e/o

presenta l'assoluta necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....
.....

Modalità di esecuzione
.....

Orario di esecuzione dell'intervento/i
.....

Eventuali note
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Timbro e firma (leggibile) del medico (1)

(1) Il Medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.