

Modulo 01 - Certificato medico per la somministrazione di farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico ai sensi del punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP – ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato il ___/___/___ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Via _____ n° _____ Prov. _____

Affetto da (Diagnosi e stato di malattia): _____

PATOLOGIA CRONICA

PATOLOGIA ACUTA (manifestazione acuta correlata a patologia cronica nota) che può manifestarsi con i seguenti sintomi (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica) :

NECESSITA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDII MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO

(Da completare in caso di situazione complessa)

La definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST territorialmente competente per la seguente situazione complessa:

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I E PRINCIPIO ATTIVO

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (orari, dose, via di somministrazione):

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE (secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i FI):

e' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero.

Durata della terapia (massimo un anno scolastico): _____

Prescrizione Adrenalina in caso di rischio di anafilassi

SI

NO

Data

Timbro e Firma del Medico