Allegato 3

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

Il minore

Cognome…….

Nome .....

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

affetto dalla seguente patologia:…….....

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo 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 la 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 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