

CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI AD USO CRONICO E/O DI EMERGENZA IN AMBITO SCOLASTICO

ai sensi dei punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP - ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.

Il sottoscritto (Cognome) _____ (Nome) _____

in qualità di: Pediatra/Medico di Famiglia o Specialista

del/la minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. _____ C.F. _____

e residente a _____ in via _____ n° _____ Prov. _____

è affetto/a 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 PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO:

(descrizione dell'evento che ne prevede la somministrazione)

NECESSITA DI UN PIANO DI ASSISTENZA DA PARTE DELL'ASST TERRITORIALE:

(indicare la situazione complessa)

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

(specificare)

NOME COMMERCIALE FARMACO e PRINCIPIO ATTIVO:

(indicare)

FORMA FARMACEUTICA:

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)

ASSOLUTA INDISPENSABILITA' FRIGORIFERO

DURATA DELLA TERAPIA (massimo 1 anno):

(specificare la durata)

PRESCRIZIONE **ADRENALINA** in caso di rischio di anafilassi:

SI

NO

NOME COMMERCIALE FARMACO:

(indicare)

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE:

(dose, via di somministrazione)

EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

(specificare)

Data

Timbro e Firma del Medico