

# **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