



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI: CERTIFICAZIONE MEDICA

MODELLO B

*Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "G.B. Angioletti"
Torre del Greco (Na)*

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO CERTIFICAZIONE MEDICA

(Scrivere in modo chiaro e immediatamente leggibile)

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO/A: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

**PATOLOGIA PRESENTATA DALL'ALUNNO/A PER CUI VIENE RICHIESTA LA SOMMINISTRAZIONE
DEL FARMACO A SCUOLA:**

- Trattasi di ☐ farmaco indispensabile ☐ farmaco salvavita
- La somministrazione del farmaco NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche
- La somministrazione del farmaco NON richiede l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene
- La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico? **SI - NO**
- La somministrazione del farmaco è differibile? **SI - NO**
- Perché la somministrazione del farmaco non è differibile? _____
- Può essere autosomministrato? **SI - NO**

**1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE
URGENTE DEL FARMACO:**

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI: CERTIFICAZIONE MEDICA

MODELLO B

3) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

4) MODALITÀ, TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA

5) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

6) DURATA DEL FARMACO:

7) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

1.

2.

3.

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA

Data

IL MEDICO (TIMBRO E FIRMA)



**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI:
CERTIFICAZIONE MEDICA**

MODELLO B