ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "D.D.2 - BOSCO"
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Piazza della Repubblica -81025 Marcianise (CE) - TEL/FAX: 0823.826345
CODICE MECCANOGRAFICO: CEIC8AR004 **CODICE FISCALE**: 9308598061

Oggetto: CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

lo stato di malattia dell'alunno/a …….. nato/a a ……., in data …./…./……. residente in ……..

Codice Fiscale …….. e Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ……, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

□ salvavita oppure □ indispensabile;

Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia □ al genitore dell'alunno/a (oppure) □ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo ……

Data ……/……/……

In fede
Timbro e Firma del Medico

……..

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome …… Nome ……..

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile ……

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h. …….) dose da somministrare ..... o Pasto (prima, dopo) ..... dose ..... o Pomeriggio (h. ……) dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../ ..... al ...../ ...../ .....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

……
……

- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....

Durata della terapia: dal ……/……/…… al ……/……/…… (Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita ……..

Modalità di somministrazione del farmaco .....
……
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare): ……
Dose da somministrare ……

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
……
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì
□ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

□ Sì □ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

.....

Luogo ……

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data ……/……/…….

……..

Il Dirigente Scolastico