

**CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN SITUAZIONE DI EMERGENZA A MINORI  
IN AMBITO SCOLASTICO**

COGNOME E NOME DEL MINORE \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

PATOLOGIA PRESENTATA DAL MINORE PER CUI VIENE RICHIESTA LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO A SCUOLA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La somministrazione del farmaco può essere eseguita dal personale scolastico?    SI                       NO  

*La somministrazione* del farmaco è differibile?    SI                       NO  

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile? (specificare le motivazioni dell'urgenza) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO \_\_\_\_\_

MODO D'USO \_\_\_\_\_

POSOLOGIA/DOSE \_\_\_\_\_

MODALITA' DI CONSERVAZIONE \_\_\_\_\_

INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO  
(es. chiamare il 118, chiamare i genitori, altro...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L' EMERGENZA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ IL MEDICO \_\_\_\_\_