**Allegato 1**

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE

DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerata l’assoluta necessità per il/la predetto/a studente/essa 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 dello/a Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa (oppure) studente/essa di cui sopra su sua richiesta.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

In fede

Timbro e Firma del Medico

|  |
| --- |
| **PIANO TERAPEUTICO**  Studente/essa  Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **A)** Nome commerciale del farmaco **indispensabile**: **\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **A1)** Necessita di somministrazione quotidiana:  Orario e dose da somministrare:   * Mattina, h. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Pasto, prima dopo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Pomeriggio, h. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dose \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Modalità di somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_   * **A2)** 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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **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 conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Capacità dello studente/essa ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco: Sì No Necessità di formazione specifica da parte di:  ASP Medico di Medicina Generale Pediatra di libera scelta  nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ❑ Sì ❑ No  Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte di  ASP Medico di Medicina Generale Pediatra di libera scelta  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede  Timbro e Firma del Medico  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |