

Allegato 3

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI e/o PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/ FORMATIVO

Il minore

Cognome..... Nome

nato/a il A Residente a

in via

Affetto/a dalla seguente patologia

***Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la
seguente terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare al bisogno:

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in
urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione

Dose:

Modalità di conservazione del/i farmaco/i.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....

Modalità di esecuzione

Orario di esecuzione dell'intervento/i

Eventuali note:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico