

Lo stato di malattia dell'alunno/a
nato/a a il /..... /..... e residente a
in via

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;

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 integra 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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A. 1) Necessita di somministrazione quotidiana:

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

B. 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 conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Si ☐ No

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

☐ Si ☐ No

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

.....

.....

Luogo data ____/____/____

In fede
Timbro e Firma del Medico

.....