

**CERTIFICAZIONE MEDICA E PRESCRIZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

☐ Pediatra di Libera Scelta

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Medico specialista in _____

in relazione all'alunno/a:

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

frequentante la classe/sezione _____

della Scuola _____

ATTESTA

che l'alunno/a è affetto/a da:

e che, in relazione alla predetta condizione, necessita della somministrazione di terapia farmacologica durante l'orario scolastico.

La somministrazione del farmaco in ambito scolastico risulta necessaria in quanto trattasi di:

☐ farmaco salvavita

☐ farmaco indispensabile

ATTESTA, altresì,

che la somministrazione del farmaco di seguito prescritto:

☐ può essere effettuata da personale non sanitario, in quanto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore in relazione all'individuazione delle condizioni nelle quali deve essere somministrato il farmaco, ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione;

☐ può essere effettuata da parte dell'alunno/a stesso/a (autosomministrazione), secondo quanto specificato nella relativa sezione del presente documento.

PRESCRIVE

la seguente terapia farmacologica da effettuarsi in ambito e in orario scolastico:

Nome commerciale del farmaco:

Dose/posologia:

Modalità di somministrazione:

Tempi/orari di somministrazione:

Durata della terapia: dal _____ al _____

☐ a lungo termine, fino a nuova indicazione sanitaria

Modalità di conservazione del farmaco:

**Situazione o manifestazione in presenza della quale deve essere somministrato il farmaco
(da compilare in caso di somministrazione al bisogno o in emergenza):**

Ulteriori indicazioni necessarie per la corretta somministrazione:

FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE SCOLASTICO

In relazione al farmaco prescritto e alle modalità di somministrazione sopra indicate:

☐ **non è necessaria una specifica formazione/addestramento** del personale scolastico, fermo restando il rispetto delle indicazioni contenute nella presente prescrizione;

☐ **è necessaria una specifica formazione/addestramento** del personale scolastico in relazione alle modalità di somministrazione/intervento previste.

Eventuali indicazioni utili ai fini della formazione/addestramento:

AUTOSOMMINISTRAZIONE

(da compilare esclusivamente qualora prevista)

In relazione all'età, alle condizioni individuali e alla terapia prescritta, si attesta che l'alunno/a è in grado di provvedere all'autosomministrazione del farmaco sopra indicato:

☐ autonomamente;

☐ con la vigilanza del personale scolastico;

Indicazioni relative alla conservazione/custodia del farmaco in caso di autosomministrazione:

La presente certificazione e prescrizione è rilasciata ai fini della gestione della terapia farmacologica dell'alunno/a in ambito scolastico.

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico
