

**INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI
IN ORARIO SCOLASTICO**

Il minore

Cognome.....

Nome

Nato il..... a

Residente a

In via.....

affetto dalla seguente patologia:.....

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

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose

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