

# Comprensivo di Porretta Terme

# Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I° grado

*via Marconi, 61 Porretta Terme ALTO RENO TERME 40046 (BO)*

*tel. 0534/22448 – fax 0534/24414 - e-mail:BOIC832006@istruzione.it*

Da rilasciare a cura del medico

**Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito educativo/scolastico**

Al Dirigente Scolastico

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito educativo/scolastico al bambino/a – alunno/

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………………………

data e luogo di nascita………………………………………………………………………………………………

residente a …………………………….............…………………………………………………………………….

in Via e n°…………………………………………………… tel famiglia ……………………………………………

frequentante la sezione **/** Classe ……………………………………………..della scuola……………………………..

* 1. **Somministrazione quotidiana del farmaco** Nome commerciale ….................................................................................................. Durata della terapia:
* per tutto l'anno educativo / scolastico in corso
* dal ….................................... al …...........................................

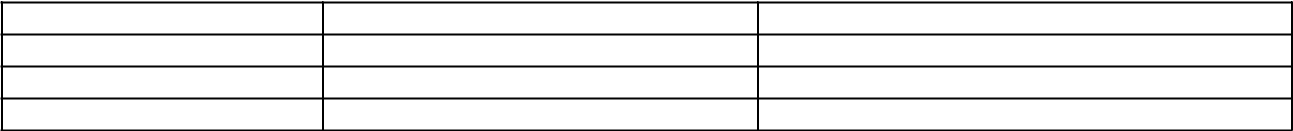
Modalità di conservazione …......................................................................…………………...................................

….................................................................................................................................

Nota ...........................................................................................................................

….................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **DOSE** | **MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE** |



Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta): SI’ NO

**B ) Somministrazione al bisogno / in emergenza**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

……

Nome commerciale del farmaco ….........................................................................………

Durata della terapia:

* per tutto l'anno educativo **/** scolastico in corso
* dal ….................................... al …...........................................

Modalità di conservazione …......................................................................…………………..

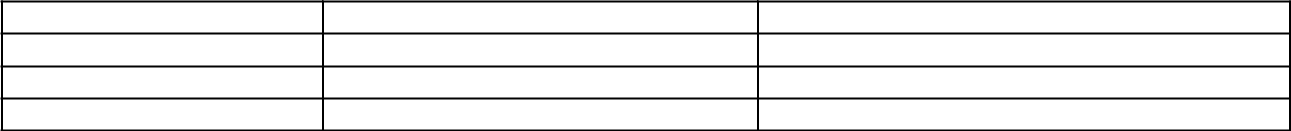
….................................................................................................................................

Nota:

………………………………………………………………………………………………………………………………

...............................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORARIO** | **DOSE** | **MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE** |



Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta): SI' NO □

Data ………………………

Medico AUSL (Timbro e Firma)