ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA

Che l'alunno/a:
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____ Cap _____ Località _____ Provincia _____Codice Fiscale: _____

È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco_____

_____ in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

Considerato che:

- La somministrazione del farmaco è necessaria durante l'orario scolastico perché:

  ☐ Farmaco salvavita

  ☐ Farmaco indispensabile

- La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

SI ATTESTA

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.
Luogo _____ Data _____

Timbro e Firma del Medico:

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____

Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario di somministrazione: _____
- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal _____al _____

Necessità di somministrazione "al bisogno":

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

_____

- Dose da somministrare: _____
- Modalità di somministrazione: _____
- Modalità di conservazione del farmaco: _____
- Durata della terapia: Dal _____al _____

Farmaco salvavita (se applicabile):

- Nome commerciale del farmaco salvavita: _____
- Modalità di somministrazione:

_____

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

_____

- Dose da somministrare: _____
- Modalità di conservazione: _____

ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO ROTELLA – MONTALTO DELLE MARCHE
Carassai – Castignano – Montalto delle Marche - Rotella
Istituto in Rete Collaborativa con l'Università degli Studi di Macerata e l'Università degli Studi di Urbino "Carlo Bo"
Sede amministrativa: Via della Scuola, 1 - 63068 MONTALTO DELLE MARCHE (AP)
Sede Legale: Via Piane – 63071 ROTELLA (AP)
Tel. +39.0736829437
Codice Meccanografico: APIC809006 - Codice Fiscale: 80007490446
E-mail: apic809006@istruzione.it; PEC: apic809006@pec.istruzione.it ; Sito Web: https://iscmontalto.edu.it

Autosomministrazione:

L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco:

□ Sì □ No

Formazione del personale scolastico:

È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?

□ Sì □ No

Note per la formazione specifica da parte della Azienda USL:

_____

Luogo _____ Data _____

Timbro e Firma del Medico:

Nota Bene:
La presente certificazione deve essere consegnata in forma originale al Dirigente Scolastico e costituisce documentazione essenziale per l'attivazione della somministrazione del farmaco in orario scolastico.