

Si prega di compilare in stampatello leggibile

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

---

**OGGETTO: Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/ Medico di Medicina Generale (MMG))**

L'alunno/alunna:

Cognome .....Nome ..... nato il .....

a ..... residente a .....

in via/piazza ..... n.civico .....

affetto dalla seguente patologia:.....

.....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non sanitario**, del seguente

**FARMACO SALVAVITA**

**FARMACO INDISPENSABILE**

ha la capacità di autosomministrarsi (per età, esperienza, addestramento) il seguente

**FARMACO SALVAVITA**

**FARMACO INDISPENSABILE**

**Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)**

1) Nome commerciale del farmaco e forma farmaceutica: .....

.....

2) Principio attivo:.....

3) Dosaggio:.....

4) Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

.....

.....

.....

5) Posologia: .....

6) Modalità di conservazione del farmaco: .....

.....

7) Note :.....

**Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)**

- 1) Nome commerciale del farmaco e forma farmaceutica: .....
- 2) Principio attivo:.....
- 3) Dosaggio:.....
- 4) Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco:  
.....
- 5) Posologia:  
.....
- 6) Se programmabili definire giorni e orari:  
.....
- 7) Modalità di conservazione del farmaco:  
.....
- 8) Durata e tempistiche della terapia:  
.....
- 9) Se programmabili definire giorni e orari:  
.....
- 10) Note:  
.....

Prescrizione di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi:

- Sì  No

Prescrizione di somministrazione del farmaco per il caso di crisi epilettica prolungata:

- Sì  No

Prescrizione di monitoraggio glicemico in continuo tramite applicativo smartphone, eventualmente collegato al caregiver.

- Sì  No

Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.

Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione con la seguente modalità di conservazione.....

.....  
.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del PLS/MMG

\_\_\_\_\_