

ALLEGATO B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che

Nato a _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ In via _____

Frequentante la classe _____ della Scuola _____

È affetto dalla seguente patologia:

per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alla modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco _____ Forma farmaceutica _____

Dosaggio _____

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

Dose da somministrare: _____

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco: _____

Prescrizione ADRENALINA

sì

no

Data, _____

In fede _____

Timbro e Firma del Medico