Allegato 3

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 quotidianamente:
……
Modalità di somministrazione ……
Orario 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.