Modulo 01

Il minore (Cognome) …… (Nome) …….

nato il…….residente a …….……..

Necessita

□ La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

□ La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

…….. …….

……

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

……

……

……

durata della terapia …….

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

……..……..

…….

……..

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno □

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per **…….**

……

……

Data, …….. **timbro e firma del medico**