

## 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:

---

---

## 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:** \_\_\_\_\_

**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.