



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia Servizio di

**CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA
IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Costatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico / di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica:

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita.....

Residente a In via.....tel.....

A) Nome commerciale del farmaco e principio attivo

Durata della terapia: dal al

1A) Somministrazione quotidiana:

orario e dose da somministrare

mattina.....dose...../ pasto dose...../

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione

2A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....
.....
.....

Capacità del minore affetto da patologia cronica ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare scelta):

SI NO

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale

B) Nome commerciale del farmaco salvavita
Modalità di somministrazione

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
.....
.....

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale scolastico

Data

Medico AUSL (timbro e firma)