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 della 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 i 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