

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

Il minore Cognome _____ . Nome _____

Nato il _____ a. _____ Residente a _____

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 _____

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Modalità di conservazione del/i farmaco/i _____

Presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico: _____

Modalità di esecuzione: _____

Orario di esecuzione dell'intervento/i _____

Eventuali note: _____

data: _____

Timbro e Firma Medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.
