CERTIFICAZIONE PIANO TERAPEUTICO

In base alla Circolare Miur prot. 8851 del 18.05.2018

COGNOME E NOME DEL MEDICO CURANTE	
QUALIFICA (pediatra, medico di famiglia o specialista)	
COGNOME DELL'ALUNNO	
NOME DELL'ALUNNO	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO (somministrazione durante l'orario scolastico)	
PRINCIPIO ATTIVO	
FORMA FARMACEUTICA	
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (da specificare se da parte di terzi o auto somministrazione)	
DOSAGGIO E ORARIO	
MODALITA' DI CONSERVAZIONE	
DURATA (dal…. Al…. Oppure continuativa)	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE PREVEDE LA SOMMINISTRAZIONE	
In caso di somministrazione di Adrenalina per rischio anafilassi	
NOME DEL FARMACO	
DOSE E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE	
EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO	

DATA **TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO**

TELEFONO REPERIBILE MAMMA _____ PAPA' _____
SCUOLA
CLASSE

Il Dirigente Scolastico vista la documentazione agli atti, richiesta somministrazione farmaci a scuola (all. 2A o 2B) e la certificazione piano-terapeutico (di cui sopra), provvedere all'attuazione della prescrizione.

DATA	
FIRMA DEL GENITORE	
FIRMA PER ATTUAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO	