Modulo 01

Il minore (Cognome) _____(Nome) _____

nato il_____ residente a _____

Necessita

□ **La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

□ **La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

_____

_____

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

_____

_____

_____

durata della terapia _____

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

_____

_____

_____

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno □

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

_____

_____

Data, _____ **timbro e firma del medico**