

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che

Nato ail

residente in via.....Comune.....Prov.....

Frequentante la classe della scuola **I. S. ARCHIMEDE di TREVIGLIO (Bg)**

È affetto /a dalla seguente patologiaper 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 di 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 alle 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

Firma e timbro del Medico