AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

Ministero dell'istruzione e del merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte
Ufficio X - Ambito territoriale di Biella

(Allegato 3)

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

Il minore:

Cognome……

Nome……

Nato/a il …….. a……..

Residente a …….

In via…… n° ……

affetto dalla seguente patologia……

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare <u>quotidianamente:</u>

……

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 <u>in urgenza/emergenza:</u>

……

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:

……..

……..

……..

……

Luogo e data

timbro e firma medico (1)

(1) Il medico del SSN che ha formulato il piano terapeutico, o il PLS/MMG che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.