

*Ministero dell’Istruzione e del Merito*

*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*

***ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE VIA COPERNICO***

*Via Copernico, 1 – 00071 POMEZIA (Rm)*

*Codice fiscale 97197220581 Codice Meccanografico RMIS071006*

*sedi associate: I.T.I. “ N. Copernico” RMTF07101P – I.T.C. “A. Monti” RMTD07101C*

*PEO: rmis071006@istruzione.it – PEC: rmis071006@pec.istruzione.it - Tel. 06 121127550*

*Distretto Scolastico XLI – Ambito16*

Sito web: [*www.iisviacopernico.edu.it*](http://www.viacopernico.edu.it/)

**CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA**

**SI CERTIFICA**

Che l’alunno/a:
Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il **/**/\_\_\_\_
Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

**Considerato che:**

* La somministrazione del farmaco è necessaria durante l’orario scolastico perché:
	+ ⬜ Farmaco salvavita
	+ ⬜ Farmaco indispensabile
* La somministrazione del farmaco **non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche** né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l’individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

**SI ATTESTA**

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
La presente attestazione è integrata dall’allegato Piano Terapeutico.

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data **/**/\_\_\_\_
**Timbro e Firma del Medico:**

**SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO**

**Alunno/a:** Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Nome commerciale del farmaco indispensabile:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Necessità di somministrazione quotidiana:**

* **Orario di somministrazione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Dose da somministrare:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Modalità di somministrazione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Modalità di conservazione del farmaco:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Durata della terapia:** Dal **/**/\_\_\_\_ al **/**/\_\_\_\_

**Necessità di somministrazione "al bisogno":**

* **Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione:**
* **Dose da somministrare:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Modalità di somministrazione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Modalità di conservazione del farmaco:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Durata della terapia:** Dal **/**/\_\_\_\_ al **/**/\_\_\_\_

**Farmaco salvavita (se applicabile):**

* **Nome commerciale del farmaco salvavita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Modalità di somministrazione:**
* **Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco:**
* **Dose da somministrare:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Modalità di conservazione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autosomministrazione:**
L’alunno/a è in grado di effettuare l’autosomministrazione del farmaco:
□ Sì □ No

**Formazione del personale scolastico:**
È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?
□ Sì □ No
**Note per la formazione specifica da parte della Azienda USL:**

**Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data //\_\_\_\_**

**Timbro e Firma del Medico:**

**Nota Bene:** La presente certificazione deve essere consegnata in forma originale al Dirigente Scolastico e costituisce documentazione essenziale per l'attivazione della somministrazione del farmaco in orario scolastico.