

Protocollo "Somministrazione Farmaci"

PIANO DI INTERVENTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Da compilarsi a cura del medico curante/specialista di libera scelta/centro terapeutico di riferimento dello studente e da consegnare al dirigente scolastico

Al Dirigente Scolastico di
Eclet Formazione
Via Vanoni n. 14, San Donà di Piave

Il/la sottoscritto/a _____ medico curante/specialista di libera scelta/centro terapeutico di riferimento, vista la specifica patologia dello/la studente/ssa _____, nato/a a _____ il _____ residente a _____ via _____ frequentante nell'anno scolastico _____ la classe/sezione _____ presso Eclet Formazione di San Donà di Piave

CERTIFICA CHE

Io/la studente/ssa _____ è affetto/a da _____

e necessariamente abbisogna, all'insorgere di evento critico, di somministrazione in ambito ed orario scolastico del seguente farmaco salvavita _____

La somministrazione del farmaco può essere eseguita dal personale scolastico? SI NO

La somministrazione del farmaco è differibile? SI NO

Modalità di somministrazione del farmaco:

Modalità di conservazione del farmaco:

Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

Molto raramente/raramente/frequentemente nell'alunno/a la patologia può manifestarsi anche con:

In tale evenienza è necessario intervenire:

Data_____

Timbro e firma del medico curante/specialista di libera
scelta/centro terapeutico di riferimento