

INDICAZIONI

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

**Il minore**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

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

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

**e/o**

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e/o 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 del medico (1)

---

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico