

DICHIARAZIONE MEDICA

Il sottoscritto dott.medico curante
del minore.....
nato/a ail
iscritto presso la scuola

DICHIARA che il minore è affetto da

.....
e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):
.....
.....

è necessario che venga somministrato il farmaco salvavita
.....

nella seguente posologia.....
con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione.....

e che **la somministrazione dei farmaci non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario o l'esercizio da parte dell'adulto di una discrezionalità di natura tecnica.**

PRECISA le modalità di conservazione del farmaco:
.....
.....

gli eventuali effetti collaterali.....
.....

l'eventuale necessità di chiamata del 118.....

DICHIARA inoltre che la somministrazione di tale farmaco salvavita non comporta inconvenienti dal punto di vista clinico. Pertanto il personale scolastico e sociosanitario, resosi volontariamente disponibile può, se adeguatamente formato, somministrare il farmaco. Eventuali modifiche nella prescrizione, che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, verranno dichiarate per iscritto.

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE