



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

Mod. AS 15

Pagina 1 di 1

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:.....

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:.....

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