

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DURANTE I CENTRI ESTIVI COMUNALI E PIANO TERAPEUTICO

(analogia legis ex art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia del minore

nato/a a

, in data

residente a

in Via

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a minore della somministrazione del farmaco _____, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- considerato che la somministrazione è indispensabile durante l'orario dei centri estivi in quanto trattasi di farmaco:
 - salvavita
 - (Oppure)
 - indispensabile
- considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco,

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato durante orario di presenza del/la minore al centro estivo, secondo il Piano terapeutico allegato, dal personale incaricato da _____, gestore dei centri estivi comunali, e resosi disponibile alla somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore del/la minore di cui sopra, iscritto ai centri estivi comunali, su sua richiesta.

Data _____

In fede
Timbro e Firma del Medico

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Minore: Cognome _____ Nome _____

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile** _____

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- **Orario e dose da somministrare**

- Mattina (h. _____) dose da somministrare _____

- Pasto (prima, dopo) _____ dose _____

- Pomeriggio (h. _____) dose _____

- **Modalità di somministrazione del farmaco** _____

- **Modalità di conservazione del farmaco** _____

- **Durata della terapia:** dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco

(specificare): _____

- Dose da somministrare _____

- Modalità di somministrazione del farmaco _____

- Modalità di conservazione del farmaco _____

- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita** _____

- Modalità di somministrazione del farmaco _____

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

- Dose da somministrare _____

- Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco _____

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

SI

NO

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale individuato per la somministrazione

SI

NO

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

Data/...../.....

In fede
Timbro e Firma del Medico
