

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
SALVAVITA A MINORI NELL'AMBITO SCOLASTICO  
(da compilarsi a cura del medico curante)**

**Cognome e nome del bambino** \_\_\_\_\_

**Luogo e Data di nascita** \_\_\_\_\_

a. Patologia presentata dal bambino per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco a scuola:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico? Sì  No

c. La somministrazione del farmaco è differibile? Sì  No

d. Perché la somministrazione non è differibile? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1. Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione URGENTE del farmaco**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da porre in essere**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Principio attivo e/o nome commerciale del farmaco salvavita**

\_\_\_\_\_

**4. Modalità, tempi di somministrazione e posologia**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Conservazione del farmaco**

---

---

---

**6. Durata del farmaco**

---

---

**7. Interventi da attuare prima o dopo la somministrazione del farmaco, in ordine di priorità**

a. Chiamare i genitori?       SÌ       NO

b. Chiamare il 118?       SÌ       NO

c. Chiamare il medico di riferimento, dr. \_\_\_\_\_ n° telefono \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

---

---

---

**8. Altre informazioni utili ad affrontare l'emergenza**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

Il medico curante (timbro e firma) \_\_\_\_\_