



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Servizio di .....

**CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA  
IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE, EDUCATIVO O SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Costatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico / di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica:

Cognome e Nome

.....

Data e luogo di

nascita.....

Residente a ..... In

via.....tel.....

**A) Nome commerciale del farmaco e principio attivo**

.....

Durata della terapia: dal ..... al .....

**1A) Somministrazione quotidiana:**

orario e dose da somministrare

mattina.....dose...../ pasto ..... dose...../

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione .....

.....

**2A ) Somministrazione al bisogno:**

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

.....

.....

.....

.....

Capacità del minore affetto da patologia cronica ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare scelta):

SI'                      NO

Modalità di conservazione .....

.....

Note per eventuali effetti collaterali .....

.....

.....

Note di formazione specifica per personale .....

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

Modalità di somministrazione .....

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

Modalità di conservazione .....

Note per eventuali effetti collaterali .....

Note di formazione specifica per personale scolastico .....

Data .....

Medico AUSL (timbro e firma)