

Allegato B

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che

Nato a _____ il _____ e residente a _____
_____ Provincia _____ in via _____
frequentante la classe _____ del Centro Salesiano don Bosco di Treviglio
E' affetto dalle seguente patologia _____

Per la quale

- ✓ Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- ✓ La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario , né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né il relazione all'individuazione degli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco _____

Dosaggio _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

Dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Prescrizione adrenalina

SI

NO

Data.....

Timbro e firma del medico.....