

FAC-SIMILE CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI NECESSITA' DI TERAPIA DI URGENZA
(da riporre in un astuccio insieme con il farmaco salvavita)

ASSISTITO (Cognome Nome)

NATO A il

- DIAGNOSI
- DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA DI URGENZA

INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO IN CASO DI URGENZA:

- NOME DEL FARMACO/I (nome commerciale)
- DOSAGGIO
- MODALITA' E VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- EVENTUALE POSSIBILITA' DI RIPETIZIONE E TEMPISTICA
- EFFETTI COLLATERALI
- TEMPI DI ATTESA PER RICHIESTA ASSISTENZA MEDICA DI EMERGENZA
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO
- DICHIARAZIONE CHE IL FARMACO PUO' ESSERE SOMMINISTRATO DA PERSONALE NON SPECIALIZZATO E PRIVO DI COMPETENZE SANITARIE

MATERIALE DA FORNIRE ALLA SCUOLA:

- FARMACO/I
- MATERIALE E DISPOSITIVI SPECIFICI (se previsti)
- ALIMENTI PER CORREZIONE IPOGLICEMIA (se previsto)

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

TEL. del medico

CELL. del medico

.....