

## FAX SIMILE PIANO TERAPEUTICO E CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

Si certifica che .....

Nato/a ..... il.....

residente in via..... Comune ..... Prov.....

Frequentante la classe..... della scuola ..... di.....

È affetto /a dalla 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 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.

Nome del farmaco ..... forma farmaceutica.....

Principio attivo del farmaco .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

.....  
.....  
.....

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco (autosomministrazione o somministrazione da parte di terzi) secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e ne Foglio Illustrativo del farmaco.

.....  
.....

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni).....

.....

Prescrizione ADRENALINA

☐ SI ☐ NO

Prescrizione di farmaco per crisi epilettica prolungata

☐ SI ☐ NO

Monitoraggio glicemico - allegare documentazione esplicativa

☐ SI ☐ NO

Data .....

Firma e timbro del Medico