**Modulo 01**

Il minore (Cognome) ………………………………………… (Nome) …………………………….

nato il………………….residente a ………………………….………………..

**Necessita**

□ **La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

□ **La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

………………………………………………….. ………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

durata della terapia ………………………………………………………………………………….

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare*

*i sintomi)*

………………………………………………..……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………..

È prevista l’auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell’alunno □

La definizione di un piano di assistenza è richiesta per **………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**Data, …………….. timbro e firma del medico**