

CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI LEA A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE

Al Dirigente Scolastico/Responsabile di struttura extrafamiliare
Scuola/Istituto Comprensivo/Organizzazione/Struttura
Cognome e Nome
Via
Comune
Provincia

Constata la patologia cronica e la situazione clinica, si certifica la necessità della somministrazione dei farmaci, previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del SSN (classi A o H del prontuario nazionale) o da integrazioni della Regione Friuli Venezia Giulia, sotto indicati in orario e durante la presenza in struttura per il minore:

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residente a _____

Via _____

Recapito telefonico _____

Somministrazione programmata

Nome commerciale del
farmaco e principio attivo _____

Durata della terapia _____

Frequenza somministrazione	Dal _____	Al _____
	 ogni giorno	 Altro _____

Ora prima somministrazione	dose _____
----------------------------	------------

Ora seconda somministrazione	dose _____
------------------------------	------------

Ora terza somministrazione	dose _____
----------------------------	------------

Ora quarta somministrazione	dose _____
-----------------------------	------------

Modalità di somministrazione _____

Il minore ha la capacità di
effettuare
l'autosomministrazione del
farmaco?  no  sì

Somministrazione al bisogno

Nome commerciale del farmaco e
principio attivo
Durata della terapia

Dal _____ Al _____

Descrizione dell'evento che richiede la
somministrazione al bisogno del farmaco
(specificare in maniera inequivocabile)
Il minore ha la capacità di effettuare
l'autosomministrazione del farmaco al
bisogno?

 no

 sì

Informazioni comuni

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Altre informazioni per il personale

Il medico certificatore, inteso quale medico che ha originato la scelta terapeutica e ne ha definito l'indicazione clinica, con la sottoscrizione del presente documento dichiara la propria disponibilità a integrare le informazioni fornite con eventuali ulteriori chiarimenti richiesti dal personale della struttura. Tale disponibilità prevede l'effettuazione di un momento informativo e formativo dedicato agli operatori incaricati della somministrazione del farmaco, nonché la realizzazione di un *tutorial online*, coerente con la specifica formazione e informazione garantite, da rendere disponibile agli operatori eventualmente subentranti nella gestione della situazione in carico.

Qualora non sia possibile garantire tale supporto informativo o formativo aggiuntivo e la realizzazione dello specifico tutorial, considerati i potenziali rischi derivanti da equivoci nella somministrazione dei farmaci l'efficacia del presente certificato deve intendersi sospesa.

Luogo e data

Medico Certificatore (timbro e firma)

Struttura (operante per il Servizio Sanitario Regionale o Nazionale)

Sede

telefono

Mail