



**CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI AD USO CRONICO E/O DI EMERGENZA  
IN AMBITO SCOLASTICO**

ai sensi dei punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP - ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.

Il sottoscritto (Cognome) (Nome) \_\_\_\_\_  
in qualità di: Pediatra/Medico di Famiglia o Specialista

del/la minore (Cognome) (Nome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_

è affetto/a da:  
(Diagnosi e stato di malattia)

- PATOLOGIA CRONICA  
 PATOLOGIA ACUTA (manifestazione acuta correlata a patologia cronica nota) che può manifestarsi con i seguenti sintomi:  
(*descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica*)

- NECESSITA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO:  
(*descrizione dell'evento che ne prevede la somministrazione*)

- NECESSITA DI UN PIANO DI ASSISTENZA DA PARTE DELL'ATS TERRITORIALE:  
(*indicare la situazione complessa*)

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:  
NOME COMMERCIALE FARMACO e PRINCIPIO ATTIVO:

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE: (*orari, dose, via di somministrazione*)



**MODALITÀ DI CONSERVAZIONE:**

*(secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i)*

---

ASSOLUTA INDISPENSABILITA' FRIGORIFERO

**DURATA DELLA TERAPIA (massimo 1 anno):**

*(specificare la durata)*

---

**PRESCRIZIONE ADRENALINA** in caso di rischio di anafilassi:

SI

NO

**FARMACO:** \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE:** \_\_\_\_\_

**EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico**

---