# ALLEGATO 5B - FAC SIMILE DI PIANO TERAPEUTICO E CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

**(Da compilare e redigere da parte del pediatra anche secondo un suo modello prestampato o in formato digitale, che andrà allegato all'allegato 5A)**

Si certifica che il/la bambino/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in via_____
Comune _____ Prov _____
Frequentante la sezione/stanza/classe _____ del/la Nido/Scuola d'infanzia
_____
persso il Comune di_____

È affetto/a dalla seguente patologia _____
_____

per la quale:

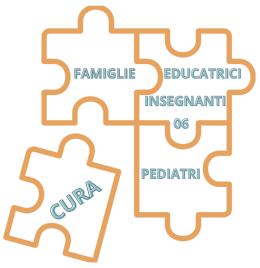
- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso.
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né 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 nel 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 e Luogo _____

Firma e timbro del Medico

_____