

ASILO NIDO PICCOLI BIMBI

di Santini Marta
Via Amendola n.25
27058 Voghera (PV)
P.Iva 04324550286
Cell. 3407915332



Piccoli oggi, grandi domani

Allegato B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

RESIDENTE IN

COMUNE _____ PROVINCIA _____ CAP _____

VIA _____ CIVICO _____

FREQUENTANTE LA SEDE OPERATIVA DI "ASILO NIDO PICCOLI BIMBI" IN: *(segnare una casella)*

☐ VOGHERA; ☐ RETORBIDO; ☐ CASEI GEROLA; ☐ RIVANAZZANO TERME; ☐ TORTONA; ☐ CASTELLAR GUIDOBONO

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	
DOSAGGIO		DOSE DA SOMMINISTRARE	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:			
MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE E DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO			

ASILO NIDO PICCOLI BIMBI

di Santini Marta
Via Amendola n.25
27058 Voghera (PV)
P.Iva 04324550286
Cell. 3407915332



Piccoli oggi, grandi domani

Prescrizione ADRENALINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Prescrizione di farmaco per crisi epilettica prolungata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Monitoraggio glicemico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

LUOGO E DATA	
---------------------	--

IN FEDE _____	FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
---------------	---------------------------

**COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI, EVENTUALMENTE, BARRARE I CAMPI NON NECESSARI.
NEL CASO IN CUI CI LA NECESSITÀ DI SOMMINISTRARE PIÙ FARMACI, COMPILARE UN MODULO PER
OGNIUNO DI ESSI.**