



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Servizio di .....

**CERTIFICAZIONE ESTEMPORANEA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
AL BISOGNO A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA  
IN CONTESTO EXTRA-FAMILIARE - (NO SCOLASTICO).**

Al Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo  
Nome.....  
Via.....  
Località.....Provincia.....

Si **PRESCRIVE** estemporaneamente la somministrazione dei farmaci al bisogno sotto indicati in orario di presenza in struttura del minore affetto da patologia cronica.

Cognome e Nome .....  
Data e luogo di nascita.....  
Residente a ..... In via.....tel.....

Attualmente domiciliato presso :.....  
Somministrazione del farmaco oggetto della presente prescrizione: indicare nome commerciale del farmaco (e principio attivo), dose da somministrare, modalità , orario di somministrazione.

.....  
.....  
.....

Tempo di durata del trattamento terapeutico:

Inizio il ..... termine il .....

Capacità del minore ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:  
SI  NO

Modalità di conservazione:

.....  
.....

Note per eventuali effetti collaterali :

.....  
.....  
.....

Note di informazione specifica per il personale educativo :

.....  
.....  
.....

Data ..... timbro e firma \_\_\_\_\_  
(PLS, MMG, Medico di Continuità Assistenziale, Specialista Ambulatoriale)