



Regione
Lombardia

ASL Mantova

MODELLO CONVULSIONI FEBBRILI ED EPILETTICHE

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a:
cognome e nome _____ nato il _____
a _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO/A E' AFFETTO/A DA _____
(patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Pertanto, in caso di urgenza, alla comparsa dei seguenti sintomi:
presenza di contrazioni agli arti con irrigidimento muscolare, retroversione degli occhi, possibile caduta a terra, possibile difficoltà respiratoria

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

| | |
|--------------|---------------------------|
| Luogo e data | Firma e timbro del medico |
|--------------|---------------------------|