



Regione
Lombardia

ASL Mantova

MODELLO SHOCK ANAFILATTICO

**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 _____
CON RISCHIO DI SHOCK ANAFILATTICO
(patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

Pertanto, in caso di urgenza, alla comparsa dei seguenti sintomi:
**prurito localizzato o generalizzato, eritema diffuso, orticaria, dolori, crampi addominali, nausea,
vomito, edema (gonfiore) del viso con difficoltà a deglutire, tosse e difficoltà respiratoria,
collasso cardiocircolatorio con perdita di coscienza**

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

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