



Regione
Lombardia

ASL Mantova

MODELLO CRISI IPOGLICEMICA IN DIABETE INSULINO-DIPENDENTE

**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:
**pallore, sudorazione fredda, mal di testa, tremori, dolori e crampi addominali, debolezza,
confusione, disturbi visivi, difficoltà a parlare e camminare, tremori, parestesie, convulsioni,
perdita di coscienza**

TERAPIA PRESCRITTA (nome del farmaco e dose da somministrare)

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