

Allegato 1: “RICHIESTA DEL GENITORE/TUTORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO”

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

(da compilare a cura dei genitori/tutore dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i _____

genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____

nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____

frequentante la classe/sezione _____

della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____

preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data _____ constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI ☐ NO ☐

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____

- Consegna farmaco specifico alla scuola _____

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino) _____

Data _____

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà _____

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare

Genitori/tutore: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto

d'uso.

Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

Al Dirigente Scolastico _____

Il/i sottoscritto/i _____

In qualità di genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____

frequentante la classe/sezione _____

della scuola _____ nell'anno scolastico _____

Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da _____ in data _____

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data _____

FIRMA _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Allegato 3: “RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE”

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____
frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

Comunico

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l’auto-somministrazione, secondo l’allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell’apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l’anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d’intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d’uso.

Allegato 4: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA CONTINUATIVA ”

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via _____ Telefono _____
Classe _____ della Scuola _____
Sita a _____ In via _____
Dirigente Scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____
Modalità di somministrazione _____
Orario di somministrazione/dose: Prima dose _____ Seconda dose _____
Terza dose _____
Durata terapia: dal _____ al _____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico)**:

Modalità di somministrazione _____
Dose _____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

Eventuali note:

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato 5: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER EVENTI OCCASIONALI ”

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in presenza di eventi occasionali acuti

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza**:

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

In via _____ Telefono _____

Classe _____ della Scuola _____

Sita a _____ In via _____

Dirigente Scolastico _____

affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Dose: _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra