

Allegato 1: "Richiesta di somministrazione farmaci

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNE (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Ai Dirigente Scolastico.....
.....

Il /i sottoscritto/i _____ genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____
_____ nato a _____ il _____ residente _____ a
_____ in via _____ Tel. _____
_____ frequentante la classe _____ sezione _____ della
Scuola _____ plesso _____ nell'anno scolastico ____/____ 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 redatta dal.....
- Consegna farmaco specifico.....
- Farmaco con scadenza

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: 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. _____

Allegato 2: "Autorizzazione"

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DS FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Al Dirigente Scolastico

li /sottoscritto/i

genitore/i -tutore/i dell'anno/a

frequentante la classe/sezione

della scuola

nell'anno scolastico

Telefono fisso Tei. 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia. _____

Allegato 4: "Prescrizione de! Medico Curante "

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Vista **la richiesta dei genitori 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'alunna/a

Cognome Nome
Data di nascita..... Residente a.....
In via Telefono
Classe della Scuola
Sita a..... in via

Dirigente Scolastico.....

de! seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione

dose

Orario: 1° dose

2° dose

3° dose

Durata terapia: dal

al

Modalità di conservazione del farmaco

Note

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra o Specialista