

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della

Scuola per l'infanzia
Scuola primaria
Scuola secondaria I e II grado

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ____/____/____ / C. Fiscale

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata!
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

NOTE

I genitori, dopo aver richiesto la somministrazione del farmaco alla scuola

DICHIARANO

- di aver consegnato la documentazione al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- di essere informati che la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa e che in caso di cambio di istituto la richiesta deve essere ripresentata (all'istituto di riferimento)
- di essere informati che eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non possiede né competenze né funzioni sanitarie
- di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/ farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario per la somministrazione nonché a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data in scadenza; inoltre di ritirare dalla scuola i farmaci al termine dell'anno scolastico.

Luogo e data

Firma dei genitori

MADRE

PADRE

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

FIRMA DEL GENITORE UNICO _____



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - ex DGR 6919/2017

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO
REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco