Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL OIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori 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 Dott. _____

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 Reg UE/2016/279 (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) _____

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

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

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

Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome)_____nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____frequentante la classe/sezione _____
della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico_____
affetto dalla seguente patologia_____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, 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 Medico Curante
_____

_____
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 famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"

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

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'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

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.

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 _____
Terapia Continuativa □ SI □ No (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.)
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 anofilattico)*:**

_____

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

Data .....

Timbro e firma del MMG/PLS/MS