

Prot. N. _____ del / / 20____

PRESCRIZIONE MEDICA

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO (ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO

LUOGO E DATA DI NASCITA

SCUOLA.. CLASSE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la Richiesta dei genitori/tutori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, **DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO**, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'**ALUNNO**

(nome)

(cognome)

PATOLOGIA

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO (Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi eventualmente in custodia a scuola):

La somministrazione del farmaco è differibile?* SI NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile?*

Si tratta di farmaco che deve essere assunto quotidianamente o con regolarità?* SI NO

La somministrazione del farmaco:

- può essere eseguita da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario?* SI NO
- richiede discrezionalità tecnica da parte del somministratore?* SI NO

* campi obbligatori

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI **SINTOMI** CHE RICHIEDONO LA **SOMMINISTRAZIONE URGENTE** DEL FARMACO: (compilare se necessario o se si tratta di trattamento terapeutico da attuarsi a comparsa di sintomi)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'**INTERVENTO** TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO (compilare anche se si tratta di trattamento terapeutico quotidiano o comunque periodico, non a comparsa di sintomo):

.....

.....

.....

.....

.....

3) MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (eventuale autorizzazione all'autosomministrazione) :

.....

.....

4) DOSE:

5) ORARIO: 1° DOSE 2° DOSE 3° DOSE 4° DOSE

6) DURATA DELLA TERAPIA: DAL AL

7) MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

8) DURATA DEL FARMACO:

9) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

10) EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO :

Data

IL MEDICO (timbro e firma)

Visto
Il Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Anno scolastico

Io sottoscritto

Genitore/tutore dell'alunno

Frequentante la classe/sezione della scuola

Chiedo

☐ L'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica* in ambito scolastico con frequenza giornaliera/altro (specificare), alle ore....., come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.4.1) da parte di un genitore o delegato (in caso di delegato allegare la delega). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

☐ La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.1). **Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla 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 emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.1). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

***Nome commerciale del farmaco** Dosi, Orari, Periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all'ALLEGATO N.4.1.

NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:..... **MEDICO:**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) **SI** **NO**

Data

Il genitore/tutore

Visto
Il Dirigente Scolastico

Note

- La richiesta/autorizzazione deve essere 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.
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto _____

di _____

OGGETTO: RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno

_____ frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola

_____, chiede di entrare nei locali scolastici per prestare

le cure necessarie al proprio figlio e/o somministrare il farmaco con frequenza giornaliera / altro (specificare)

_____ alle ore _____ circa.

Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

_____, _____

. Firma
