

Modulo 1

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe..... della scuola.....
affetto/a da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata,
rilasciata in data dal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica dell'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegna il seguente farmaco n confezioni integre,

Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei genitori - affidatari- tutori legali

Data,.....

Numeri utili		
genitori - affidatari- tutori legali		
Telefono fisso
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....)		

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico, tramite segreteria.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.
In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

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

ALL'ALUNNO/A

Cognome.....Nome

Nato/a il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain Via.....

Affetto/a da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1[^] dose; 2[^] dose.....; 3[^] dose.....; 4[^] dose..... ;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Parziale autonomia Totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante