 modulo 1

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL D.S. 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/a e da consegnare al D.S.)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO – I.C. DE SIMONE

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ dell’I.C. “De Simone” plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la specifica patologia dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Preso atto del protocollo esistente tra Regione, ASL e U.S.R. in materia di somministrazione farmaci a scuola adottato in data 06/09/2021, constatata l’assoluta necessità

chiede/chiedono

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 personale non sanitario e di cui si autorizza fin d’ora l’intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) SI NO

* allega prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. (custodito nello zaino)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contestualmente autorizza/autorizzano:

1. Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al mod. 3;
2. La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l’allegata prescrizione medica di cui al mod. 3;

S.Pietro V.co, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili: medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico  Essa ha validità specifica per la durata della terapia ed è rinnovabile nel corso dello stesso a.s. se necessario  Nel caso di necessità di terapia continuativa, verrà specificata, la durata per l’a.s. corrente, e andrà rinnovata all’inizio del nuovo a.s.  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 DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SI |  | NO |

AL DIRIGENTE SCOLASTICO – I.C. DE SIMONE

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_ dell’I.C. “De Simone” plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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/autorizzano

Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l’auto-somministrazione, secondo l’allegata prescrizione medica di seguito descritta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da effettuarsi nell’apposito locale individuato dalla scuola.

S.Pietro V.co, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore

o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili: medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico  Essa ha validità specifica per la durata della terapia ed è rinnovabile nel corso dello stesso a.s. se necessario  Nel caso di necessità di terapia continuativa, verrà specificata, la durata per l’a.s. corrente, e andrà rinnovata all’inizio del nuovo a.s.  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 SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE/MEDICO SPECIALISTA PER TERAPIA DA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

La somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di pesonale non sanitario in ambito ed orario scolastico all’alunno/a (terapia continuativa)

Nel caso 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’a.s. 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 anafilattico): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

modalità di somministrazione……………………………………………………………………………………………………………………………………………

dose …………………………………………………………………………………………………………………….

modalità di conservazione del farmaco ………………………………………………………………………….

Note …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

S.Pietro V.co, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del medico MMG/PLS/MS

…………………………………………………..…………