

**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 primaria/infanzia

Chiedo

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 all'ALLEGATO N.1.

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

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 PLESSO.. CLASSE

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL**

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 in custodia a scuola):

La somministrazione del farmaco è differibile? SI NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile?

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

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI **SINTOMI** CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'**INTERVENTO** TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

.....
.....
.....
.....

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
(...)