

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO***

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

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

Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

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

Modalità di conservazione dei farmaci

.....
.....

Eventuali norme di primo soccorso

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

Periodo di validità della prescrizione:

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.

* incluse le comunità educative semiresidenziali per minori.

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____

nata/o a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

CHIEDO

- di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a
- che il/la sig/ra _____ da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

oppure :

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

- la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico
- l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

- la somministrazione del **farmaco salvavita**

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

- autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco
- incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====
Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____ Medico _____

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

