Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (CHE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO NELL'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO - ART.2 DELLE RACCOMANDAZIONI MIUR DEL 25/11/2005 - 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 Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
_____

Il /i sottoscritto/i:
- Genitore - Esercente la responsabilità genitoriale _____
- Genitore - Esercente la responsabilità genitoriale _____

dell'Alunno/a _____ nato/a a_____ il_____residente a_____in via_____, frequentante la Classe/Sezione _____della Scuola_____nell'anno scolastico_____

vista la specifica patologia dell'Alunno/a _____
preso atto del protocollo esistente tra_____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data_____constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica rilasciata in data_____dal Dott. _____
Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.
Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI □ NO □

- Allega prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____
- Consegna farmaco specifico alla scuola _____
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino) _____

Contestualmente autorizza/no:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA del/i genitore/i o di chi esercita la responsabilità genitoriale

_____

_____

Numeri di telefono utili:
Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel._____Tel. cellulare _____
Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale: Telefono fisso_____Tel. Cellulare_____Tel. di_____

Note

La richiesta/autorizzazione va 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, 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 AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei Genitori dell'alunno (o dall'Alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente Scolastico)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a_____,in qualità di Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

Il/la sottoscritto/a_____, in qualità di Genitore/ Esercente la responsabilità genitoriale

dell'Alunno/a (Cognome e Nome)_____nato/a a_____il_____residente a _____in via_____frequentante la Classe/Sezione

_____

della Scuola Secondaria_____nell'anno scolastico_____

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/no

il Personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

_____

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

_____

firma del Genitore/Tutore

o dello Studente maggiorenne

_____

firma del Genitore/Tutore

o dello Studente maggiorenne

Note

La richiesta/autorizzazione va 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, 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 SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario nell'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto (art.2 delle raccomandazioni MIUR del 25/11/2005)

Per il paziente

Cognome_____ Nome_____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via_____Telefono _____

affetto dalla seguente patologia_____

SI PRESCRIVE

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'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

La presente prescrizione viene rilasciata su richiesta del genitore/tutore legale del minore per gli usi consentiti dalla legge ed è valida per il massimo di un anno scolastico salvo modifiche che saranno comunicate a chi di competenza da parte del genitore/tutore legale del minore.

Data ……..

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

_____