

Allegato 1: “Richiesta di somministrazione farmaci”

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i _____ genitore/i -tutore/i dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ frequentante la classe/sezione _____ della Scuola
_____ nell'anno scolastico _____ 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
autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

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 D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili
sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

- Allega Prescrizione/certificazione redatta dal
- Consegna farmaco specifico
- Farmaco con scadenza

Data

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare

Genitori: 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia
alla scuola per tutta la durata della terapia.

Allegato 2: "Autorizzazione"

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i.....

genitore/i -tutore/i dell'alunno/a

frequentante la classe/sezione

della scuola

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso Tel. cellulare Tel. di

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da

In data.....,

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data.....

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'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 allegata.

Data

FIRMA

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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Allegato 3: “Richiesta auto-somministrazione”

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER MAGGIORENNI

Io sottoscritto

frequentante la classe/sezione

della scuola secondaria

COMUNICO

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Farmaco

Dosi

Orari

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione.....

Data

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del Dirigente scolastico

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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Allegato 4: “Prescrizione del Medico Curante ”

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIBE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a

Cognome Nome

Data di nascita Residente a

In via Telefono

Classe della Scuola

Sita a In via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione dose

Orario: 1° dose 2° dose 3° dose

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

Note

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra o Specialista