

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____

genitori di _____

nat a _____ il _____

frequentante la sezione/classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

essendo minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci 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

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefoni utili: _____

♦ Pediatra di libera scelta/Medico curante _____

♦ Genitori _____

**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 PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE
DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO
SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

Classe/Sezione _____ della Scuola _____

Sita a _____ in Via _____

Dirigente Scolastico _____

del seguente farmaco

nome commerciale del farmaco _____

modalità di somministrazione _____ dose _____

modalità di conservazione del farmaco _____

note _____

Data _____ Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

ALLEGATO B

Modulo per la somministrazione farmaci salvavita (a cura del medico e del genitore)

Lo studente _____ nato a _____ il _____

Frequentante la classe _____ Sezione _____ della scuola:



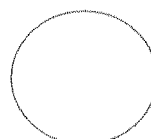
Infanzia Primaria

S. Media IPA

SINTOMO	FARMACO

Data _____

Timbro e Firma del medico _____



Allegato D

Verbale di somministrazione farmaco

ALUNNO/A _____

In data _____ alle ore _____

Il/la Sig./ra _____

Genitore/tutore dell'alunno _____

Frequentante la classe _____ Sezione _____

Della Scuola:

Infanzia Primaria S. Media IPA

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale:

(descrizione) _____

da somministrare al bambino/a nelle modalità previste dalla certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data _____

dal Dott. _____

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

ltri, _____

Il Genitore/tutore

le Insegnanti
