

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA *- ex DGR 6919/2017* ( all. 1 )

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L’ALUNNO/A**

( *Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale )*

* 1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
	2. Qualifica ( Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista )
	3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell’alunno
	4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l’orario scolastico
		+ Principio attivo
		+ Nome commerciale
		+ Forma farmaceutica
		+ Modalità di somministrazione ( da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione )
		+ Dosaggio e orario
		+ Modalità di conservazione
		+ Durata ( dal ------- al ------ oppure continuativa )
		+ Descrizione dell’evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

1. Nome del farmaco
2. Dose e modalità di somministrazione
3. Evento che determina l’esigenza di somministrazione del farmaco

# RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l’infanzia |\_|

Scuola primaria |\_| Scuola secondaria I e II grado |\_|

Io sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno

nato a il / / / C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| frequentante la classe della scuola \_ **CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante

nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data / / /

 **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

 **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Firma

Data

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data

* Medico Prescrittore: Dr. tel
* Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
* La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
* In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
* I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
* Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente
* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà

# RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2B)

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Superiore

Io sottoscritto/a

nato a il / / / C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| frequentante la classe della scuola **CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o specialista operante nel SSN )

nell'allegata prescrizione redatta in data / / /

 mi **sia/no somministrato/i dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

 **mi autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico**.

Firma

Data

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

.

Firma

Data

* + Medico Prescrittore: Dr. tel
	+ Familiare di riferimento ( specificare )

1.

2.

cell.: cell.:

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
* La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
* In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
* I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
* Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente