

MODULO A

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il /La sottoscritto/a
in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale
di Cognome Nome.....
nato/a il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....
la classe sez. della scuola
di
essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

- sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
 - la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
 - la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE
in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica
rilasciata in data dal Dott.
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico
curante.

La richiesta è riferita:

- al periodo dal al
- al corrente anno scolastico /.....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.
Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Data

Firma

MODULO C

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza
- allegato al Certificato Medico -**

ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

- Nome commerciale del farmaco:
-
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
-
-
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia:
-
-

- Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
- Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)**
- Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno**

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

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

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

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

Data,

Il Medico Curante

.....



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Scuola Media Statale Consortile "E. Galvaligi"
Via Per Carnago, 16 – 21048 Solbiate Arno (VA)
C.F. 80015980123 – Cod. Meccanografico VAIC84000Q
Tel. 0331.993301 Fax 0331.994077
e-mail: istcomprgalvaligi@libero.it

Prot. n. _____

Solbiate Arno, _____

Al Sig. _____

Oggetto: Autorizzazione somministrazione farmaci

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta scritta di somministrazione di farmaci al figlio/a _____
_____ frequentante la classe ____ sez. ____ plesso _____;

VERIFICATA la correttezza e la completezza della documentazione prodotta;

VERIFICATA la disponibilità e la presenza di personale Addetto al Pronto Soccorso, e altro personale insegnante;

VERIFICATA la possibilità di conservazione e/o somministrazione dei farmaci;

CONSTATATA l'esistenza nell'istituto delle condizioni necessarie per la conservazione e la somministrazione dei farmaci

PROVEDE

affinchè tutti gli insegnanti dell'alunno con patologia siano messi correttamente a conoscenza della malattia, della assunzione o auto-assunzione di farmaci in orario scolastico, di che cosa ci si può attendere in una situazione di emergenza, di come intervenire e della loro condizione di *osservatori dell'alunno durante la sua permanenza a scuola*;

AUTORIZZA

la somministrazione della terapia farmacologica prescritta in ambito e orario scolastico come richiesto.

Data

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Mara Caenazzo