

## MODULO DI RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

AL COORDINATORE DIDATTICO

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in qualità di genitori-tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto Salesiano Pio XI nell'A.S. \_\_\_\_\_, affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

*(Barrare la voce che interessa)*

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig./ra \_\_\_\_\_
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonelandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste predetto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (*sorveglianza generica sull'avvenuta auto-somministrazione*)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (*controllo delle modalità di auto-somministrazione*)

Si consegnano n \_\_\_\_\_ confezioni integre, Lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Numeri utili    Telefono fisso \_\_\_\_\_    Telefono cellulare \_\_\_\_\_  
Telefono Medico curante (Dott \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**N.B.**

- La richiesta/autorizzazione va consegnata al Coordinatore didattico.
- La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità 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 la durata della terapia.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO 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 ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto Salesiano Pio XI sita in Via \_\_\_\_\_ il cui Coordinatore didattico è il prof. Don Gabriele Graziano, affetto da \_\_\_\_\_

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** \_\_\_\_\_

**Modalità di somministrazione:** \_\_\_\_\_

**Orario:** 1<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_; 2<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_; 3<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_; 4<sup>^</sup> dose \_\_\_\_\_;

**Durata della terapia:** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione:** \_\_\_\_\_

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (bar rare la scelta):

- Parziale autonomia
- Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: \_\_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione: \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

**Note**

**Data,** \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico curante**