

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 _____ frequen-
tante 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^ dose _____; 2^ dose _____; 3^ dose _____; 4^ 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