

Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Io sottoscritto _____, in qualità di genitore/tutore dell'alunno (Cognome e Nome) _____ nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ frequentante la classe/sezione _____ della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____ affetto dalla seguente patologia _____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione: _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

Firma del Medico Curante _____

_____ firma del genitore/tutore o dello studente maggiorenne

_____ firma del Dirigente scolastico

Note

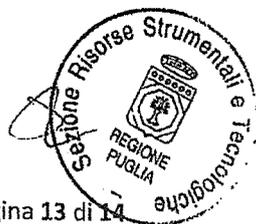
La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.



**Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA
SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"**

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via _____ Telefono _____
Classe _____ della Scuola _____
Sita a _____ In via _____
Dirigente Scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco _____
Modalità di somministrazione _____
Orario di somministrazione/dose: Prima dose _____ Seconda dose _____
Terza dose _____
Durata terapia: dal _____ al _____
Terapia Continuativa SI No (Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza (es. **shock anafilattico**):

Modalità di somministrazione _____
Dose _____
Modalità di conservazione del farmaco _____
Note _____

Data

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

