

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico (in caso di alunno/a studente/essa minorenni)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Mori  
prof. Massimiliano Latino  
Via Giovanni XXIII, 64  
38065 MORI (TN)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

.....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)

.....

nato a ..... il .....

Residente a ..... in via .....

frequentante la classe ..... sez ..... della

- Scuola Primaria Mori
- Scuola Primaria Ronzo Chienis
- Scuola Secondaria di I grado Mori

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

### **CHIEDO**

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare a mio/mia figlio/a il farmaco (scrivere nome del farmaco)....., come da Piano di Trattamento Individuale allegato, personalmente o tramite..... da me incaricato;

(oppure)

- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco (scrivere nome del farmaco)  
.....  
come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco (scrivere nome del farmaco)..... come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Inoltre chiedo di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno/studente durante le attività scolastiche.

La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/ 2016/ 679

In fede

Data

Firma

---

# PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE DEL BAMBINO CON EPILESSIA

(a cura dello specialista)

## PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome : .....Nome : .....

Data e luogo di nascita : .....

Scuola:..... Classe e sezione: .....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:.....  
.....  
.....

Padre:Nome: ..... Cognome: .....

Tel casa:..... Tel. lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Madre: Nome: ..... Cognome: .....

Tel casa:..... Tel. lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1) Nome: ..... Cognome: .....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

(2) Nome: .....Cognome: .....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: .....Cellulare: .....

**Farmaci per la continuità terapeutica**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	.....	.....
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

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

Data

Timbro e firma del medico

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA/CRISI FEBBRILE PROLUNGATA**

(a cura dello Specialista )

Somministrazione di Diazepam

Si certifica che il/la  
bambino/a.....,  
.....  
.....  
nato/a il ..... ha diagnosi .....  
di.....  
.....

In caso di crisi convulsiva si consiglia di porre il/la bambino/a in posizione di sicurezza su di un fianco e, nel caso in cui la crisi si prolunghi oltre i ..... minuti, si dà indicazione alla somministrazione di Microplpan(microclisma)..... (specificare la dose) per via endrettale

Il farmaco si può conservare in frigorifero o a temperatura ambiente, purché lontano da fonti di calore.

Si dichiara , inoltre, che si tratta di un farmaco che può essere somministrato da personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si rilascia per gli usi consentiti

Data

Timbro e firma del medico

---

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CASO DI CRISI EPILETTICA PROLUNGATA/CRISI FEBBRILE PROLUNGATA**

(a cura dello Specialista )

Somministrazione di

Midazolam

Si certifica che il/la

bambino/a.....  
.....  
.....

nato/a il ..... ha diagnosi .....  
di.....  
.....

In caso di crisi convulsiva si consiglia di porre il paziente in posizione di sicurezza su di un fianco e, nel caso in cui la crisi si prolunghi oltre i cinque minuti, si dà indicazione alla somministrazione di Buccolam©

..... (specificare la dose) oro-mucosale.

L'intera quantità deve essere inserita lentamente nello spazio tra la gengiva e la guancia metà dose da un lato e metà dall'altro.

Se la crisi non cessa entro 1 minuto dalla somministrazione di midazolam, deve essere richiesta assistenza medica d'emergenza e la siringa vuota deve essere consegnata all'operatore sanitario, per fornire informazioni sulla dose ricevuta dal paziente.

Quando le crisi si ripresentano dopo una risposta iniziale, una seconda dose o una dose ripetuta non deve essere somministrata senza consultare prima il medico.

Il farmaco si può conservare a temperatura ambiente, purché lontano da fonti di calore.

Si dichiara , inoltre, che si tratta di un farmaco che può essere somministrato da personale non sanitario adeguatamente formato, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento. La somministrazione del farmaco è ripetibile a breve distanza da precedente somministrazione in caso della persistenza di crisi convulsiva SOLO da personale medico specializzato.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Timbro e firma del medico

---