

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 ALLERGICO

(a cura dello specialista o del Pediatra della rete allergologica)

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:

Medico curante:

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

.....

Tel.: Cellulare:

Farmaci per la continuità terapeutica

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Premedicazione prima dell'attività fisica:

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo

Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Farmaci per Emergenza per Anafilassi

Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1) Adrenalina autoiniettabile
(2) Antistaminico per os
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

.....

Farmaci per Emergenza per l'attacco acuto d'asma bronchiale

Farmaco	Dose	Quante volte	Come
(1) Salbutamolo spray
con distanziatore, ripetibile se necessario ogni 20 min fino ad un massimo di 3 dosi			
(2)
(3)

* Presidi da utilizzare in caso di somministrazione dei farmaci:

Distanziatore appropriato

Modalità di conservazione dei farmaci:

Note

.....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

firma e timbro del medico