

Modulo di richiesta alla Somministrazione di farmaci in orario scolastico

a seguito di cure di durata prestabilita

Al Dirigente

I.C. "Vincenzo Pagani"

Monterubbiano

I sottoscritti(padre)

.....(madre)

genitori dell'alunno nato a

il residente a in via

..... frequentante la classe della Scuola

Chiedono

(barrare il riquadro di interesse)

- L'accesso ai locali scolastici per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.
- La possibilità che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla vigilanza durante l'auto-somministrazione della terapia.
- La somministrazione della terapia farmacologica da parte del personale scolastico secondo l'allegata autorizzazione medica. Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia secondo l'allegata autorizzazione medica.

Allega l'autorizzazione medica secondo i criteri stabiliti nel Regolamento per la somministrazione di farmaci.

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO

NOME E COGNOME DELL'ALUNNO : _____

DATA DI NASCITA : _____

PLESSO FREQUENTATO DALL'ALUNNO : _____

PATOLOGIA PRESENTATA DALL'ALUNNO PER CUI VIENE RICHIESTA LA
SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO A SCUOLA:

La somministrazione del farmaco può essere eseguita da personale scolastico? SI NO

La somministrazione del farmaco è differibile? SI NO

Perché la somministrazione del farmaco è differibile?

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI SINTOMI CHE RICHIEDONO LA
SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN
ATTO

3) NOME COMMERCIALE DEL FARMACO:

4) MODALITA' E TEMPI DI SOMMINISTRAZIONE, POSOLOGIA:

5) CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

6) DURATA DEL FARMACO:

7) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

8) ALTRE INFORMAZIONI UTILI PER AFFRONTARE L'EMERGENZA:

DATA: _____

Il medico
(timbro e firma)