

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O
ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO
REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**
(*Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale*)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (*Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista*)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

MODELLO 1

CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Lo studente minorenni (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

PATOLOGIA CRONICA

PATOLOGIA ACUTA

CONSEQUENTEMENTE E' PREVISTA

L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DELLO STUDENTE STESSO

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEL GENITORE O SUO DELEGATO A SCUOLA

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEGLI OPERATORI SCOLASTICI NON SPECIALISTI

ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): _____

Durata della terapia (massimo 1 anno scolastico) _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita" (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità)

Modalità di conservazione: _____

E' indispensabile la conservazione in frigorifero

SI

NO

Data _____

Timbro e firma del Medico

MODELLO 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DEL GENITORE

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Marzabotto
Dott.ssa Anna Crovo

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

GENITORI oppure SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE SU

Lo studente minorenni (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato a _____ il _____ Frequentante la classe _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, a tal fine

SI IMPEGNA

A consegnare il/i farmaco/i a scuola ed a garantire il controllo della scadenza.

AUTORIZZA

- IL PERSONALE EDUCATIVO E DI SUPPORTO DELLA STRUTTURA OSPITANTE IL MINORE, ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1, SOLLEVANDO, PER QUANTO DI PROPRIA PERTINENZA, LO STESSO DA EVENTUALI RESPONSABILITÀ CIVILI DERIVANTI DA TALE ATTO.
- IL MINORE STESSO ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal Medico curante (Modello 1).

Numeri di telefono utili: MEDICO _____ GENITORI _____

Data _____

Firma/e