PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNA/O

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....Residenza .....

via.....Telefono.....

Classe.....della Scuola .....

sita a ……. Via ……...…….

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

……

Modalità di somministrazione.....

……

……

Orario: l^ dose.....2^ dose.....3^ dose.....4^ dose……...

Durata della terapia dal.....al.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note.....

.....

……

Data..... Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatria

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti ……

genitori di.....

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

residente a ..... via……..

frequentante la classe/sezione.....della scuola.....

sita a ..... via ……

Essendo il minore affetto da

.....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal Dr…..... .

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattìbile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI ☐ NO ☐

Con la presente, i sottoscritti sollevano da ogni responsabilità la scuola, il Dirigente Scolastico ed il personale non sanitario autorizzato (docente e non docente) da eventuali errori di posologia indicata dal medico prescrittore.

Si allega: Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità e la posologia necessaria).

Data..... **Firma dei genitori o chi esercita la patria podestà**

…… ……..

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria podestà.

Firma del genitore

……

<u>Si allega alla presente richiesta copia del documento di identità del genitore firmatario.</u>

Numeri telefonici utili:

• Pediatria di libera scelta /Medico Curante_____

• Psichiatria infantile Dott. _____ n°. Tel. ……

• Genitori n°. Tel. _____

e-mail padre: _____

e-mail madre: _____

Note.
La richiesta di 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 vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.