Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"N. Sauro" – Imperia

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE L'ORARIO SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO .....

I sottoscritti.....

genitori/tutori dell'alunno/a.....

frequentante la classe/sezione.....

della scuola infanzia/primaria/secondaria di 1° grado.....

RICHIEDONO

la somministrazione all'alunno/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata fino al ..... dell'anno scolastico in corso nella seguente modalità:

□ l'alunno/a si auto-somministra la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, in quanto è in grado di provvedervi da sè, esimendo la scuola dal provvedere a tale somministrazione;

□ un genitore accede ai locali scolastici per provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco, come da prescrizione medica allegata, in quanto è in grado di provvedervi, esimendo la scuola dal provvedere a tale somministrazione;

□ il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico provvede alla somministrazione della terapia farmacologica e solleviamo lo stesso personale da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica medesima;

□ .....

.....

Al riguardo noi genitori:

- ci impegnamo a fornire all'Istituto Scolastico i farmaci prescritti a nostro figlio/a per effettuare la terapia farmacologica in ambito scolastico, garantendo sempre la presenza nell'Istituto Scolastico di una scorta non scaduta sufficiente a soddisfare le somministrazioni prescritte dei farmaci medesimi;
- ci impegnamo a comunicare immediatamente per iscritto ogni eventuale variazione del piano terapeutico;
- dichiariamo di sollevare l'Istituto Scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

"Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Data.....

Firma dei genitori/tutori

_____

_____

Note:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la validità specificata nella richiesta di somministrazione ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificato, 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.

Va allegata alla presente richiesta la certificazione medica che dovrà riportare:

- diagnosi;
- piano terapeutico (compreso il nome commerciale del farmaco);
- istruzioni del medico curante circa la posologia e le modalità di somministrazione dei farmaci in caso di comparsa di episodi acuti (di cui devono essere descritti i sintomi);
- comportamenti da tenere nel caso in cui i farmaci non dovessere risultare efficaci.

CERTIFICAZIONE MEDICA

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

Data di nascita.....Residente.....

Telefono.....Scuola..... .....Classe.....Sez.....

Diagnosi: .....

Descrizione sintomi e di eventuali episodi acuti :.....

Piano terapeutico con posologia e modalità di somminitrazione dei farmaci:

1) Nome commerciale del farmaco .....

- Dose e modalità di somministrazione.....

- Orario 1a dose.....2a dose.....3a dose.....4a dose.....

- Durata terapia.....

- Modalità di conservazione.....

2) Nome commerciale del farmaco.....

- Dose e modalità di somministrazione.....

- Orario 1a dose.....2a dose.....3a dose.....4a dose.....

- Durata terapia.....

- Modalità di conservazione.....

Evento per il quale somministrare il farmaco.....

.....

Dose e modalità di somministrazione.....

Durata terapia.....

Comportamenti da tenere nel caso in cui i farmaci non dovessero risultati efficaci: .....

.....

Eventuali note di primo soccorso.....

.....

Modalità di conservazione.....

Data..... Timbro e firma del medico

- Indicare se è stato predisposto un protocollo di intervento e se è stata effettuata la formazione degli operatori scolastici incaricati.....
- Constatata l'assoluta necessità si autorizzano gli insegnanti:.....
alla somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa CHICCA Amanda