Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo *Albano località Cecchina*

Prof. Antonio Draisci

#### A - RICHIESTA

|  |  |
| --- | --- |
| DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACIIN ORARIO SCOLASTICO | * **DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO** |

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_

🞏 della Scuola dell’Infanzia *Via Romania*,

🞏 della Scuola dell’Infanzia *Via Portogallo*,

🞏 della Scuola Primaria *Margherita Hack*,

🞏 della Scuola Secondaria di I grado *Trilussa*,

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e constatata l’assoluta necessità,

**CHIEDONO**

|  |  |
| --- | --- |
| * la somministrazione in ambito scolastico del farmaco (sezione ***B***) | * l’auto-somministrazione in ambito scolastico del farmaco (sezione ***B***) |

I sottoscritti precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato; in virtù della relazione fiduciaria con i docenti, i sottoscritti autorizzano la somministrazione del farmaco ed esonerano i docenti da ogni forma di responsabilità per gli effetti, anche indiretti, che dovessero derivare dalla somministrazione stessa.

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

Numeri di telefono utili:

* Genitori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Medico Curante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Padre Madre*

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

**B - PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE O L’AUTOSOMMINISTRAZIONE**

**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** | * **L’AUTO-OMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DELL’ALUNNO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI** |

per l’alunno cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO**

* Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dose di somministrazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Orario di somministrazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Durata della terapia farmacologica (comunque definiti entro i limiti del corrente anno scolastico): dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_
* Terapia di mantenimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Terapia in caso di manifestazioni acute (esaminare eventuale scheda per patologia allegata): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Note (in particolare, eventuali note di primo soccorso o sintomatologia che provoca l’intervento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Al personale del plesso *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

#### C - DISPONIBILITÀ A SOMMINISTRARE FARMACO SALVAVITA A SCUOLA.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTA** la nota congiunta del Ministero della Salute e del MIM n. 2312 del 25.11.2005;

**VISTO** il *Regolamento per la somministrazione di farmaci a scuola*;

**VISTA** la richiesta dei i genitori dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di somministrare il farmaco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

a tutte le SS.LL. la disponibilità a somministrare tale farmaco. Le SS.LL. compileranno il modulo allegato alla presente e lo consegneranno allo scrivente entro le ore 12.00 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| *A cura di*: |  |
| *Allegati*: |

I sottoscritti, dipendenti in servizio nel plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto,

preso atto della richiesta del Dirigente Scolastico relativa alla somministrazione di farmaci all’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’Istituto, **dichiarano**

|  |  |
| --- | --- |
| **di essere disponibili a somministrare il farmaco salvavita quando necessario** | **di non essere disponibile a somministrate il farmaco salvavita quando necessario** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Ai docenti del plesso *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Ai genitori dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### D - SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA A SCUOLA.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**VISTA** la nota congiunta del Ministero della Salute e del Ministero della Pubblica Istruzione n. 2312 del 25.11.2005;

**VISTA** l’istanza con la quale i genitori dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ avanzano richiesta di somministrazione farmaci salvavita (sezione ***A***);

**VISTE** le indicazioni per la somministrazione del medico curante (sezione ***B***);

**VISTE** le disponibilità alla somministrazione del farmaco in argomento (sezione ***C***);

**DECRETA**

1. Le modalità di somministrazione del farmaco vanno effettuate come definite dal medico curante (sezione ***B***).
2. I genitori in virtù della relazione fiduciaria con i docenti, autorizzano la somministrazione del farmaco ed esonerano i docenti da ogni responsabilità per gli effetti che dovessero derivare dalla somministrazione.
3. Il farmaco autorizzato va consegnato, in confezione integra, al personale scolastico, che lo trattiene per tutta la durata dell’anno in luogo idoneo (facilmente raggiungibile dal personale, inaccessibile dagli alunni); terminata la terapia o l’anno scolastico, il farmaco viene riconsegnato alla famiglia.
4. Gli effetti del presente provvedimento hanno valore per l’anno scolastico in corso.

|  |  |
| --- | --- |
| *A cura di*: |  |
| *Allegati*: |

|  |  |
| --- | --- |
| Docente | Padre |
| Docente | Madre |
| Docente |  |
| Docente |  |
| Docente |  |
| Docente |  |