

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____
 genitori di _____ frequentante la classe _____ della scuola
 _____ di _____
 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. _____.

- Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) e pertanto

AUTORIZZANO e SOLLEVANO

Il personale da ogni responsabilità relativa alla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

Tortoreto, _____

Firma dei Genitori

Recapiti telefonici

MADRE	
PADRE	
TUTORE	
MEDICO/PEDIATRA	

SI PREGA DI AGGIUNGERE OGNI ALTRO DOCUMENTO UTILE ALLA SOMMINISTRAZIONE

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI 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 ORARIO SCOLASTICO

DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ frequentante la classe _____ della scuola _____ di _____

Nome commerciale del farmaco _____

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

Tempi e modalità di somministrazione del farmaco

Dose _____

Orario 1^ dose _____ 2^ dose _____ 2^ dose _____ 2^ dose _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso

La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione.

Data _____

Timbro e firma del medico o del pediatra
