**ALLEGATO 4.1**

Pag.1/3

Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del / / 20\_\_\_

**PRESCRIZIONE MEDICA**

**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

**A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO**

**(ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)**

COGNOME E NOME DELL’ALUNNO …………………………………………………………………………………………………………………………

LUOGO E DATA DI NASCITA ……………………………………………..……………………………..

SCUOLA.. ……………………………………………..…….………………………… CLASSE .…………

**ALLEGATO 4.1**

Pag.2/3

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Vista la Richiesta dei genitori/tutori 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’**ALUNNO** ……………………………………………………………………………..………………………………………..…

*(nome) (cognome)*

**PATOLOGIA** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

**NOME COMMERCIALE DEL FARMACO** (Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi eventualmente in custodia a scuola): …………………………..……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La somministrazione del farmaco è differibile?\* SI NO

Perché la somministrazione del farmaco non è differibile?\* ………………………………………………………………………………..…

Si tratta di farmaco che deve essere assunto quotidianamente o con regolarità?\* SI NO

La somministrazione del farmaco:

* può essere eseguita da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario?\* SI NO
* richiede discrezionalità tecnica da parte del somministratore?\* SI NO

\* campi obbligatori

1. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI **SINTOMI** CHE RICHIEDONO LA **SOMMINISTRAZIONE URGENTE** DEL FARMACO: (compilare se necessario o se si tratta di trattamento terapeutico da attuarsi a comparsa di sintomi) ..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..............................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL’**INTERVENTO** TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO (compilare anche se si tratta di trattamento terapeutico quotidiano o comunque periodico, non a comparsa di sintomo): ……………..……………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE (eventuale autorizzazione all’autosomministrazione) : ………………..…………..

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………….

**ALLEGATO 4.1**

Pag.3/3

1. DOSE: …………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………….

1. ORARIO: 1° DOSE ….………………….. 2° DOSE …..…………………. 3° DOSE ………………………… 4° DOSE ..……….…………….
2. DURATA DELLA TERAPIA: DAL ….………………….. AL ….…………………..
3. MODALITA’ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO: ………………………..….………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. DURATA DEL FARMACO: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO : ………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data ………………………………….. IL MEDICO (timbro e firma)

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

Visto

Il Dirigente Scolastico

**ALLEGATO 4.2**

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE

DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Anno scolastico ………………………………

Io sottoscritto ……………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..

Genitore/tutore dell’alunno ……………………………..……………………………………………………………………………..…………………………

Frequentante la classe/sezione ………………..……… della scuola ……………………………..…………..……………….……………………….

**Chiedo**

L’autorizzazione ad accedere ai locali scolastici per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica\* in ambito scolastico con frequenza giornaliera/altro (specificare) ………………………………, alle ore ………………………………, come da prescrizione medica emessa dal Dott……………………………………………………... in data……………………… (ALLEGATO N.4.1) da parte di un genitore o delegato (in caso di delegato allegare la delega). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica\* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott……………………………………………………... in data……………………… (ALLEGATO N.1). **Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica\* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott……………………………………………………... in data……………………… (ALLEGATO N.1). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

**\*Nome commerciale del farmaco** Dosi, Orari, Periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all’ALLEGATO N.4.1.

**NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:…………………………………………………….. MEDICO: ……………….………………………..**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) **SI NO**

Data ………………………………….. Il genitore/tutore

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

Visto

Il Dirigente Scolastico

**Note**

* **La richiesta/autorizzazione deve essere 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.
* Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola

**ALLEGATO 4.3**

**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OGGETTO: RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, chiede di entrare nei locali scolastici per prestare le cure necessarie al proprio figlio e/o somministrare il farmaco con frequenza giornaliera / altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ circa.

Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Firma

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