

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito **scolastico/educativo/comunitario** al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

oSomministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

oSomministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

Modalità di conservazione dei farmaci _____

Eventuali norme di primo soccorso _____

Periodo di validità della prescrizione:

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si **allega** specifica nota informativa.

* incluse le comunità educative semiresidenziali per minori.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____

nata/o a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

CHIEDO

odi accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio figlio/a

o che il/la sig/ra _____ da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio figlio/a

oppure

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

ola somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico

o l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dr

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

o autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco

o incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo

=====

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____

Medico _____

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI
EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 3

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dell'alunno maggiorenne da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo _____

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
nata/o a _____ il _____
frequentante la classe _____ della scuola _____

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato
alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO

- la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico
- l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

- mi impegno a custodire personalmente il farmaco
- chiedo alla scuola di custodire il farmaco

mi impegno ad informare il personale della scuola prima dell'assunzione del farmaco e ad assumerlo
alla presenza di un operatore scolastico.

=====

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del
D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola alla somministrazione dei farmaci, come da
prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione
alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova
certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dell'interessato/a)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____ Medico _____

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI
EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 4

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura del Dirigente scolastico/Responsabile di struttura educativa e da adeguare al singolo caso)

Al personale della Scuola/Struttura
educativa coinvolto. cl./sez. _____
Scuola _____

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori/o da chi esercita la potestà genitoriale
di _____
cl./sez. _____ Scuola/Struttura educativa _____

il Dirigente Scolastico/Responsabile, il personale della scuola/struttura educativa ed i genitori si sono
accordati circa la possibilità e la modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci a scuola.

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Per la somministrazione attenersi alle prescrizioni mediche allegate.

*I genitori o chi esercita la potestà genitoriale autorizzano il personale in indirizzo ad applicare la
procedura e sollevano detto personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del
farmaco stesso.*

La famiglia è disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

tel./cell. _____ tel./cell. _____

Il Genitore*/ o chi esercita la potestà genitoriale

il Dirigente Scolastico

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Il personale della Scuola/Struttura educativa: _____

