

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO 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

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

Nato il a.....

Residente a In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a in Via

Dirigente Scolastico

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

**Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta):**

☐

Parziale autonomia

☐

Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

.....

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note.....

.....

Data

Timbro e Firma del Medico curante

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola.....
nell'annoscolastico.....,affettoda.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
- ☐ A. La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☐ B. L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003

Si consegnano n..... confezioni integre, Lotto scadenza

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

Data

Numeri di telefono utili:

Telefono fisso

Telefono cellulare

Telefono medico curante (Dott. tel.)

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità 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 la durata della terapia.

AIUTO ALLA COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 DA PARETE DEI GENITORI

L'Allegato 1 è il primo modulo dei 2 che vanno presentati per l'attivazione del servizio di formazione sui farmaci "salva vita" della ASL ROMA 3.

Questo modulo va compilato dai genitori che presentano la figlia/il figlio, inserendo tutti i dati anagrafici e fanno una richiesta al Dirigente Scolastico.

Il tipo di richiesta, segnalata con la spunta di una o più voci, varia a seconda della patologia nonché del farmaco salva vita.

Di seguito alcuni esempi distinti per patologia.

ASMA SENZA DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☒ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☒ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ASMA CON DISTANZIATORE E SALBUTAMOLO:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- ☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ASMA SENZA DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO E BENTELAN E/O
CETIRIZINA:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____

☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

☒ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

☒ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ASMA CON DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO E BENTELAN E/O
CETIRIZINA:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____

☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

ANAFILASSI/EPILESSIA/CONVULSIONI FEBBRILI:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____

☒ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Una volta consegnato il farmaco o i farmaci si procederà a compilare la parte successiva, inserendo n° di lotto e scadenza.

Di seguito andranno apposte le firme di ENTRAMBI i genitori o di chi ha la patria potestà sul minore. Se ciò non è possibile va specificato il motivo.

NB. Nel caso di separazioni e affidi esclusivi va fatto firmare dal genitore affidatario e va allegata la sentenza.

In fine vanno inseriti tutti i numeri utili in caso di urgenza, in primis quello dei genitori (anche numero del lavoro) e del medico di riferimento (personale e dello studio) e se la patologia non prevede la perdita di coscienza si possono indicare anche i numeri dei delegati (nonni, zii ecc...).

AIUTO ALLA COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 2 DA PARETE DEL MEDICO

Nella compilazione di questo Allegato il medico deve tener conto che la somministrazione andrà eseguita da personale NON sanitario, quindi dovrà essere particolarmente preciso nella compilazione.

In particolar modo devono essere indicati chiaramente farmaci, dosi e i sintomi che il bambino può manifestare quando il personale scolastico deve agire in modo da NON poter avere discrezionalità nell'intervento.

NON è necessario allegare altro tipo di documentazione.

Ricordare di mettere data, timbro e firma.

Nome commerciale del farmaco da somministrare:
Modalità di somministrazione:
Orario: 1 ^a dose; 2 ^a dose; 3 ^a dose; 4 ^a dose
SPAZIO DEDICATO ALLA TERAPIA AD ORARIO. IL FARMACO SALVA VITA NON È TEMPORIZZABILE.
Durata della terapia:
Modalità di conservazione:
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): ☐ Parziale autonomia ☐ Totale autonomia
Terapia d'urgenza
Nome commerciale del farmaco da somministrare:
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:
Dose:
Modalità di somministrazione:
Modalità di conservazione:
Note