

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori di
nato a il residente a in via
.....n. frequentante la classe della Scuola
..... sita a. Via
..... n., essendo il minore affetto da
..... e constatata l'assoluta necessità, con la
presente

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il
farmaco
salvavita.....

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla
eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a
rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Luogo il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante.....

Genitori

(a cura del Pediatra/medico di libera scelta; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore Cognome Nome

Nato il a Residente a

In via/piazza N.

affetto dalla seguente
patologia:.....
.....

nel caso si verifichi il seguente evento in
urgenza/emergenza.....

.....
.....
.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....
.....
.....

Modalità di somministrazione
.....
.....
.....

Dose:.....
.....

Eventuali note:
.....
.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra /MMG

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "Bers. Urso- Mendola"

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

alunno/a.....frequenta
nte la classe

scuola.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.
..... per il/la figlio/a..... relativa alla
somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a
somministrare il farmaco con il seguente piano di azione¹:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Favara,

Gli insegnanti

Il Personale ATA

¹ Definire un piano di intervento dettagliato

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "Bers. Urso- Mendola"

Oggetto: autorizzazione piano di intervento per somministrazione farmaco **indispensabile**

alunno/afrequentante la classe
della Scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.per il/
la figlio/a, relativa alla somministrazione del
farmaco **indispensabile** il dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il
seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del
medicinale da somministrare ogni giorno alle
ore.....all'alunno/a nella dose di.....come da prescrizione
medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Il genitore provvederà a
rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato².
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale
che effettuerà la somministrazione³:

.....
.....
.....

- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:⁴
.....
.....

Favara,

Gli insegnanti

Personale ATA

² Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

³ Indicare il luogo della custodia

⁴ Indicare il nominativo dell'insegnante incaricata e le eventuali sostituzioni

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(Prima consegna farmaco per nuova terapia)

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a..... genitore dell'alunno
..... frequentante la classe
della scuola consegno agli operatori scolastici il farmaco
salvavita..... da somministrare all'alunno/a in caso
di..... nella dose e da
certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data
..... dal Dr.

Il genitore:

***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà
terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento***

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

.....

.....

Luogo e Data il

Il genitore

.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "BERS. URSO-MENDOLA"

Verbale per consegna medicinale **indispensabile**

Alunno/a

In data.....alle ore.....la/il Sig

..... genitore

dell'alunno/a,.....

Frequentante la classe.....sez.....della

scuola....., consegna agli insegnanti di

classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....da somministrare all'alunno/a ogni giorno alle ore

..... nella dose..... come da certificazione medica consegnata in

segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data.....dal

Dr.

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

FAVARA,

Il genitore

Gli insegnanti

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(DAL SECONDO ANNO DI CONSEGNA)

(dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a..... genitore
dell'alunno.....frequentante la classe..... della scuola
..... consegna agli operatori scolastici il farmaco salvavita
.....da somministrare all'alunno/a in caso di.....
..... nella dose..... secondo il piano
di azione inviato agli Uffici di segreteria di codesto istituto nell'a.s. con protocollo
..... Si allega alla presente certificazione medica, rilasciata in data
..... dal Dr., attestante che nessuna variazione è
stata effettuata in merito alla somministrazione del farmaco salvavita rispetto all'a.s. precedente.

Il genitore:

provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento

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

.....
.....

Luogo e Data il

I genitori
