

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
 nell'anno scolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione
 medica allegata, rilasciata in datadal 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 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)

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 utili	
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....))

N.B.
 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.

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

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 ain 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

All'attenzione del medico curante

Il Piano Terapeutico

per gli alunni affetti da patologie croniche
che necessitano della somministrazione di farmaci di primo soccorso a scuola

Il piano terapeutico è una certificazione medica **leggibile e semplice** che, oltre alla diagnosi, descriva soprattutto -in poche righe e con una terminologia "non scientifica"- **in presenza di quali sintomi intervenire**, il farmaco da utilizzare, come utilizzarlo e i tempi dell'intervento e, nel caso di due o più farmaci, la "scaletta" (l'ordine di assunzione) e la tempistica, **così da poter essere letto e compreso da personale non sanitario.**

il Piano Terapeutico non è un'autorizzazione ma è la valutazione medica che -scritta- permette a personale non sanitario come il personale scolastico ma come anche i familiari, di esserne meri esecutori materiali, evitando valutazioni soggettive

il Piano terapeutico deve contenere i farmaci che l'alunno potrebbe aver bisogno di assumere durante l'orario scolastico per patologie croniche e per interventi di emergenza (come glucagone nel diabete, adrenalina, antistaminici, cortisonici e broncodilatatori nelle varie forme di allergia o di asma, diazepam nelle sindromi epilettiche), farmaci che somministrati tempestivamente potrebbero, se non risolvere, attenuare almeno la gravità della crisi e permettere così (sentiti i genitori e/o con i genitori) di arrivare in un Pronto Soccorso Ospedaliero

RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al Dirigente Scolastico di

I sottoscritti.....e.....

Genitori di..... frequentante a.s. la classe della
Scuola di.....

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica
.....che il/la proprio/a figlio/a..... affetto/a da
diabete tipo 1 necessita di una somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di
ipoglicemia, come da certificato medico allegato del Dott

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

Pertanto, sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal
farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato
che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi

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

.....
Allegano la documentazione medica specifica prodotta dal Dott contenente :

1. Diagnosi ; 2. Sintomatologia; 3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco,
dosaggio e modalità di somministrazione).

Inoltre autorizzano il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere
ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Firma dei genitori.....

Il Medico del Servizio Specialistico (Timbro e firma).....

Roma,.....

Gestione dell'ipoglicemia

Cognome e Nome _____ a.s. _____

Nome e Cognome Genitori _____ Telefoni _____

Personale Scolastico di riferimento _____

Data

Non lasciare mai solo lo studente con sospetta ipoglicemia

SINTOMI

IPOGLICEMIA LIEVE O MODERATA

Pallore, sudorazione fredda, senso di fame, tremori agli arti, mal di testa, visione annebbiata, irrequietezza, comportamento inadeguato alle circostanze, reattività rallentata.



COSA FARE

controllare la glicemia,
< inferiore a 70 mg/dl deve:

- interrompere qualsiasi attività
- assumere subito zuccheri:

Oppure: _____
ml bevanda zuccherata (coca cola, succo di frutta) _____

Dopo 10/15 minuti dall'assunzione
ricontrollare la glicemia:

- se inferiore a 70 mg/dl assumere ancora la stessa quantità di zuccheri
- se superiore a 80 mg/dl assumere...
- fette biscottate o il pasto previsto (es. pranzo, spuntino)
- _____

Riportare l'episodio nella scheda di registrazione per la scuola

IPOGLICEMIA GRAVE

Disorientamento spazio temporale, incapacità di deglutire, perdita di coscienza



COSA FARE

- controllare la glicemia
- Avvisare il 118 e chiamare i genitori del bambino
- Non introdurre cibi in bocca
- Comunque dopo 2/3 minuti somministrare il glucagone intramuscolo (braccio o gluteo o coscia)
- 1 Flacone
- ½ Flacone